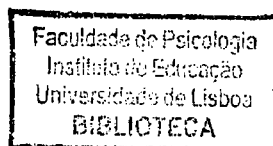


HELENA MARIA ÁGUEDA MARUJO

Síndromas depressivos na infância e na adolescência



DISSERTAÇÃO DE DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA,
APRESENTADA NA FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

LISBOA
1994

ESTE TRABALHO FOI SUBSIDIADO PELO INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGAÇÃO
CIENTÍFICA

O que levamos desta vida inútil
Tanto vale se é
A glória, a fama, o amor, a ciência, a vida,
Como se fosse apenas
A memória de um jogo bem jogado
E uma partida ganha
A um jogador melhor.
A glória pesa como um fardo rico,
A fama como a febre,
O amor cansa, porque é a sério e busca,
A ciência nunca encontra,
E a vida passa e dói porque o conhece.

Fernando Pessoa
Odes de Ricardo Reis

Foi árduo o caminho que aqui me trouxe.

Só cheguei ao fim porque sempre caminhei acompanhada.

Quando perdi o norte, quando duvidei, quando esgotei as justificações para o esforço, tive sempre alguém para me fazer retomar a marcha.

É a esses companheiros de viagem que agradeço. Na pobreza desta forma de os louvar, vai a imensa vontade de fazer com que alguém, para além de mim, reconheça o seu valor.

Durante um tempo que me pareceu infundável, o trabalho - este trabalho - sobrepôs-se à família. Numa infinita paciência, o Luis Miguel, o David e o Thomas esperaram que eu voltasse a ser a esposa e mãe que deveria e queria ser. Obrigado pelo vosso amor.

Sempre que necessário, a Ilda substitui-me maravilhosamente no cuidar dos meus filhos. Seguramente, que sem ela, eu não teria conseguido aqui chegar.

Foi um bafejo da sorte que me pôs no caminho da Adelina. Professora e Amiga inigualável, envolveu-se neste trabalho como se dela fosse, com um empenho e um brilhantismo que só podia vir de uma grande mulher e de uma grande psicóloga.

Precisei da sabedoria particular de alguns profissionais para me acompanharem na jornada. Aqui agradeço à Teresa Garcia-Marques por muito esforço e profissionalismo posto na análise e interpretação estatística dos dados da minha tese.

Também a esse nível, bem como na compilação dos dados, quero agradecer ao João Moreira as horas dispendidas.

À Conceição Nobre Rodrigues, agradeço o investimento na recolha e organização dos dados.

Muito incentivo e humor me chegou, mesmo nas mais simples e breves conversas de corredor, dos meus colegas da Faculdade, os mais próximos e os mais amigos. O meu respeito por eles aumentou ainda mais. Espero estar

presente, da mesma forma estimulante, quando chegar a vez de alguns deles percorrerem o caminho que eu agora percorri.

Um grupo de alunos do Ramo de Psicoterapia e Aconselhamento da F.P.C.E.U.L., finalistas da licenciatura, foram os agentes do estudo empírico; durante três anos consecutivos auxiliaram-me na aplicação dos instrumentos avaliativos. Espero que este trabalho mereça o esforço que nele puseram.

Foi preciso muita paciência e motivação para participar, no papel de sujeito, no trabalho empírico aqui referido. Obrigado, crianças e adolescentes avaliados, pela vossa tolerância em todo este processo.

Sem o apoio das direcções dos colégios Valssassina e Academia de Santa Cecília este trabalho nem sequer teria existido. Que continuem abertos a intercâmbios científicos, é o desejo que formulo, juntamente com o meu agradecimento.

Aos professores Janine Roberts e William Mathews da Universidade de Massachusetts, nunca conseguirei agradecer o incentivo e estímulo oferecidos, em conjunto com a sua sabedoria. À professora Maria Kovacs e à sua equipe, da Universidade de Pittsburgh, o reconhecimento pela abertura e disponibilidade para discutir o meu trabalho.

A bolsa atribuída pelo INIC para apoio logístico a esta tese, em muito me auxiliou na sua prossecução. Que as instituições e os empreendimentos científicos continuem a estimular a investigação científica no campo das ciências sociais e humanas, é um voto que acompanha o meu obrigado.

Do pessoal técnico e administrativo da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação veio também a ajuda necessária no percurso desta tese. De novo, o agradecimento traz consigo um desejo: que a nossa instituição possa vir a ser, ainda e cada vez mais, cooperante com as gerações de doutorandos vindouras, reconhecendo o valor potencial das dissertações e o investimento e impacto pessoal e profissional que podem ter no seu autor.

Feito o louvor a tantos e incansáveis apoiantes, convido-vos a percorrerem este trabalho e a avaliarem o resultado do empenho nele colocado.

ÍNDICE

Página

Introdução

1

1. As razões da escolha deste tema	4
1.1. Razões institucionais	4
1.2. Razões pessoais	5
1.3. Razões teóricas, clínicas e empíricas	5
2. Estrutura do presente trabalho	10
3. Enquadramento conceptual e metodológico: considerações gerais	13
3.1. Considerações de âmbito teórico	13
3.2. Questões em busca de resposta	17
3.3. Considerações de âmbito metodológico	24

Capítulo 1

A depressão nas crianças e nos adolescentes: estado actual dos conhecimentos

34

Panorâmica geral do capítulo	34
------------------------------	----

1. Definição do problema: delimitação de fronteiras por entre as controvérsias	40
---	----

2. História do constructo: da subestimação à universalidade	76
---	----

<u>3. Modelos teóricos explicativos e etiológicos</u>	85
---	----

<u>3.1. Modelos biológicos</u>	87
--------------------------------	----

<u>3.2. Modelos psicossociais</u>	103
-----------------------------------	-----

3.2.1. Modelos dinâmicos	103
--------------------------	-----

3.2.2. Modelos cognitivos	111
---------------------------	-----

3.2.3. Modelos comportamentais e interpessoais	134
--	-----

3.2.4. Modelos socio-ambientais	140
---------------------------------	-----

3.2.5. Modelos integrativos	143
-----------------------------	-----

4. Depressão e desenvolvimento: implicações mútuas	148
--	-----

5. Epidemiologia: incidência, persistência e impacto	176
--	-----

6. Classificação e diagnóstico: as perspectivas psiquiátrica e psicológica	193
---	-----

<u>7. Avaliação: métodos, instrumentos e particularidades</u>	225
---	-----

8. Terapias e Prevenção: o início de uma era	280
--	-----

Capítulo 2

A relação da depressão infanto-juvenil com outros problemas psicológicos e psiquiátricos

293

1. Depressão infanto-juvenil e constructos psicológicos a que surge associada: factores de vulnerabilidade, de protecção, mediadores ou sequelas ?	296
1.1. Depressão e competências sociais: isolamento, rejeição, asserção e agressividade	298
1.2. Depressão e competências cognitivas	311
1.2.1. Atitudes perante a vida e atitudes perante si próprio	311
1.2.2. Dificuldades escolares	320
1.3. Depressão e <i>stress</i>	332
1.3.1. Depressão e meios familiares perturbados	338
1.3.2. Depressão e acontecimentos escolares difíceis	361
1.4. Depressão e suicídio	364
2. Relação da depressão infanto-juvenil com outras entidades psiquiátricas	396
2.1. Depressão e Distúrbios de Ansiedade	396
2.2. Depressão, Défice de Atenção com Hiperactividade e Distúrbios da Conduta	400
2.3. Depressão e Psicoses	412

Capítulo 3

Estudo empírico

417

1. Procedimentos Metodológicos	417
1.1. População	417
1.2. Procedimento experimental	418
1.2.1. Dificuldades e limitações na implementação do estudo	423
1.3. Amostra	427
1.3.1. Amostra Total	427
1.3.2. Amostra Longitudinal	437
1.3.3. Comparação entre a amostra total e a amostra longitudinal	443
1.4. Instrumentos	446
1.4.1. Apresentação dos instrumentos	446
1.4.1.1. <u>Instrumentos de avaliação traduzidos e adaptados para a presente investigação.</u>	446
1.4.1.2. Instrumentos criados para a presente investigação	469

2. Estudos empíricos e análise dos resultados	472
Estudos Prévios	472
1. Estudos psicométricos confirmatórios dos instrumentos adaptados	472
2. Estudo psicométrico exploratório do instrumento criado	485
3. Definição de depressão utilizada no presente trabalho	497
Estudo 1: <u>Comparação entre a auto e a hetero-avaliação</u>	504
Estudo 2: Estudo do padrão de desenvolvimento e de estabilidade	619
Estudo 3: Caracterização diferencial dos deprimidos e dos não deprimidos	552
Estudo 4: Estudo de variáveis de risco: a reprovação escolar e o sexo	575
Estudo 5: Estudo do auto-relato sobre o suicídio	593
3. Síntese dos resultados	602
Capítulo 4	
Conclusões	610
4.1. As respostas	610
4.2. As questões à espera de resposta	648
4.3. As implicações e as propostas	652
Referências Bibliográficas	655
Anexos	704

*"In sooth I know not why I am so sad:
It wearies me; you say it wearies you;
But how I caught it, found it or came by it,
'What stuff 'tis made of, where of it is born,
I am to learn;
And such a want-wit sadness makes of me,
That I have much ado to know myself "*

Shakespeare, Merchant of Venice

INTRODUÇÃO

Tendo sido, historicamente, negligenciada por teóricos, investigadores e clínicos, a temática das manifestações depressivas antes da vida adulta veio a demonstrar-se, nos últimos 20 anos, progressivamente mais relevante nos campos da psicologia clínica e da psiquiatria da infância e adolescência (e.g. Clarizio, 1989; Cole, 1991; Kashani et al., 1992; Kovacs, 1989; Petersen et al., 1993; Reineckle, 1992; Sanns et al., 1991; Schwartz & Schwartz, 1993; Trad, 1986). A atenção conferida veio mesmo a permitir-lhe ocupar um dos lugares de liderança na investigação das perturbações psicológicas das populações mais jovens (Finch & Rogers, 1984; Kazdin, 1989). Recentemente, ultrapassou estes domínios clínicos e começou a ser reconhecida como um importante objecto de estudo no campo educacional (Epstein & Cullinan, 1986; Lasko, 1986; Maag & Forness, 1991; Reynolds, 1985).

Uma análise do domínio mostra assim que, após muitos anos de aridez conceptual e empírica, o tema viria a gozar de grande popularidade junto da comunidade científica, na sequência do surgimento de um conjunto de factores teórico-metodológicos que marcariam profundamente a sua história. A influência desses factores desencadearia rápidas e profundas mudanças na forma de definir e encarar o fenómeno e colocaria novas questões, limitações e perspectivas as quais, por sua vez, criariam a necessidade de mais estudos, abrangentes e clarificadores.

A valorização actualmente atribuída ao tema pode ser testemunhada pela quantidade e qualidade da produção literária, teórica e

empírica. Se atendermos à diversidade de paradigmas descritivos e explicativos surgidos nos últimos anos e ao aumento notável de pesquisas concretizadas poderemos, no momento presente, qualificar o crescimento da área das manifestações depressivas da infância e adolescência como verdadeiramente explosivo. No entanto, esta evolução, rápida e exponencial, tem vindo a cobrar dividendos, fazendo deste tema um domínio rico em desacordos e em desafios científicos, onde reinam intrincados enredos teóricos, múltiplas dificuldades metodológicas e ausência de sínteses pragmáticas (Petersen et al., 1993).

Doutra perspectiva, a importância das manifestações de depressão nas fases pré-adultas da vida, pode também ser visível no impacto que os seus estudos têm tido sobre as formas de entender o normal e o patológico (Petti, 1989; Cicchetti & Schneider-Rosen, 1986). As abordagens conceptuais e metodológicas, utilizadas neste campo, foram caracterizadas como modelares e prototípicas para a compreensão de problemas clínicos em crianças e jovens, bem como para novas perspectivas paradigmáticas sobre a psicopatologia em geral (Hammen, 1992).

O tempo presente é, por isso, de risco para um estudo empírico integrativo sobre depressão em crianças e adolescentes, mas é também entusiasmo pelas possibilidades e novidades que encerra. É um tempo de criatividade, de debate e de procura de novos enquadramentos e novos sentidos - porque é na controvérsia que se constrói a aventura do conhecimento.

A história da ciência é bem exemplificativa de como o conflito entre sistemas de conhecimento é vital para estimular e consolidar avanços.

na compreensão do mundo (Kuhn, 1962); é por isso meu desejo que este trabalho possa, de alguma forma, contribuir para lançar novos reptos aos estudiosos dos problemas afectivos e adiantar alguns passos no caminho que leva à sua compreensão; o meu objectivo primordial é, no entanto, que ele possa vir a servir para minimizar o sofrimento das crianças e jovens que os experienciam.

1. AS RAZÕES DA ESCOLHA DESTE TEMA

No processo que me levou a eleger a presente temática como tese de doutoramento, reconheço três justificações ou motivações básicas: razões de carácter institucional, razões do foro pessoal e razões teóricas, clínicas e empíricas, estas próprias ao domínio da depressão infanto-juvenil.

1.1. RAZÕES INSTITUCIONAIS

Com o objectivo de desenvolver investigações coordenadas dentro de uma mesma área teórica, consonante com os resultados das pesquisas relativas aos distúrbios psicológicos nas populações pré-adultas (Achenbach & Edelbrock, 1978; Cohen, Gotlieb, Kershner & Wehrspann, 1985; Rutter et al., 1981), a secção de crianças e adolescentes do Ramo de Psicoterapia e Aconselhamento da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, da qual faço parte, como docente, desde 1981, propôs-se complementar estudos já realizados no campo dos comportamentos ditos de exterioridade e afirmação pessoal (Lopes da Silva, 1985) com a análise e tentativa de compreensão dos comportamentos de interioridade, passividade e inibição.

1.2. RAZÕES PESSOAIS

Dado este campo ser um dos que mais me motivava enquanto objecto de pesquisa - já aquando das minhas provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica havia escolhido, como tema de um dos trabalhos, o estudo de crianças com comportamentos de isolamento social (Marujo 1986) - vi nas escolhas do meu departamento uma justificação para desenvolver os meus próprios interesses pessoais.

A reflexão desencadeada pela investigação das dificuldades relacionais, a sua associação, nalgumas das crianças estudadas, a comportamentos de tristeza e desmotivação geral e, ainda, a experiência clínica já por mim desenvolvida nesta área, abririam as portas para o empenho que posteriormente viria a colocar na pesquisa dos comportamentos depressivos de crianças e jovens.

1.3. RAZÕES TEÓRICAS, CLÍNICAS E EMPÍRICAS

Quando há seis anos atrás optei pelo estudo da temática dos distúrbios afectivos antes da vida adulta, em particular das manifestações depressivas nas crianças, eram já numerosas as controvérsias que o tema despoletava e imparável o ritmo de investigações e publicações sobre o assunto.

Após muitos anos de disputa sobre a possibilidade da su

existência, a depressão clínica nas crianças começava a ser aceite pela quase totalidade do universo de clínicos e investigadores de saúde mental infanto-juvenil e surgia documentada como uma entidade psicopatológica autónoma, relativamente frequente e potencialmente grave (Frame, Cuddy & Robinson, 1989; Miller et al., 1990).

A grande viragem, que veio a transformar um domínio teórico e clinicamente insignificante, num importante campo de estudos e intervenções, remonta ao início da década de setenta e teve, na sua origem, duas influências. A primeira, veio a emergir dos empreendimentos científicos realizados, nessa década, em redor do desenvolvimento afectivo, da comunicação emocional e da vinculação (do inglês, *attachment*) (e.g. Bowlby, 1973; Brazelton et al., 1974; Harris et al., 1981; Harter, 1977; Izard, 1978; Tronick, 1989; Rutter, 1972, 1979). Os trabalhos concretizados fizeram sobressair a existência de disfunções psicológicas graves, provenientes das perturbações nesses domínios e mostraram que as patologias socio-emocionais, em particular a depressão, podiam surgir em etapas precoces do ciclo de vida (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984).

A segunda influência surgiria nesse mesmo período temporal e originar-se-ia na profunda mudança verificada nos paradigmas teóricos predominantes na psicologia e na psiquiatria infanto-juvenil, a qual alastraria, com consequências indeléveis, ao entendimento da depressão nos mais jovens (e.g. Cantwell & Carlson, 1979; Cytryn & McKnew, 1974; French & Berlin, 1979; Kovacs & Beck, 1977; Lefkowitz & Burton, 1978; Puig-Antich, 1980; Schulterbrandt & Raskin, 1977; Weinberg et al., 1973).

No decurso dos anos oitenta e na sequência destas contribuições, multiplicar-se-iam os estudos na área da depressão infanto-juvenil. Estes estudos tentavam dar resposta a importantes questões conceptuais, clínicas

e empírico-metodológicas e colocavam outras, prarentes e desafiadoras.

Assim, do **ponto de vista teórico**, os avanços nas teorias sobre depressão na vida adulta, a necessidade de exploração da eventual origem precoce do problema (em busca de precursores e de raízes etiológicas) e as perspectivas desenvolvimentistas sobre este e outros tipos de psicopatologia, todos contribuíam para, cada vez mais, chamar a atenção dos profissionais e cientistas de saúde mental para a compreensão das inadequações afectivas antes da idade adulta (Kovacs, 1989).

Em simultâneo, a **experiência clínica**, espelhada nos poucos estudos que sobre ela se iam publicando, levantava profundas preocupações quanto às perturbações emocionais, sociais e escolares, presentes e futuras vivenciadas pelos jovens depressivos. A fenomenologia da depressão infantil-concorria para o interesse no seu estudo, já que não escondia a gravidade que o problema podia assumir, em duração, reincidência e impacto (Asarnow & Carlson, 1988a e b; Blechman et al., 1986; Kovacs et al., 1989; Puig-Antich et al., 1985; Ryan et al., 1987). O facto de em muitos jovens se verificar, em simultâneo, a presença de depressão e suicídio, sinalizava igualmente as possíveis implicações dramáticas do fenómeno (Pfeffer, 1987).

Os procedimentos terapêuticos concretizados colocavam também questões quanto à eficácia e adaptabilidade das intervenções remediativas da depressão infantil-concorria e demonstravam como a expansão e crescimento precisão nos critérios de diagnóstico e nas metodologias avaliativas, com consequentes novas possibilidades, quer práticas, quer de maior consenso no seu despiste, estimulavam ao surgimento de mais pesquisas (Bürgi, 1986).

No **domínio empírico**, os estudos desvendavam também algu

dados preocupantes quanto à epidemiologia, ao curso e às implicações funcionais do problema (Kashani et al., 1981; Kovacs et al., 1984; Kovacs e Gatsonis, 1989) e mostravam, em particular, que apesar do número de crianças diagnosticadas clinicamente com distúrbios deste tipo, parecer não ser desmedido' (Kashani & Carlson, 1987; Rutter et al., 1986), ele era claramente superior ao esperado (Carlson & Cantwell, 1982; Moretti et al., 1985). Ainda mais, formas ligeiras ou moderadas de depressão pareciam estar frequentemente presentes nas populações escolares não clínicas (Lefkowitz & Tessiny, 1980).

Os resultados dos múltiplos estudos biológicos, familiares e de correlatos cognitivos e comportamentais, traziam nova luz sobre os factores de risco e sobre a natureza da entidade depressiva nos mais novos (Clarizio, 1989; Puigh-Antich, 1980; Strober, 1984).

Os dados recolhidos iam alimentando as fomalhas da curiosidade científica e da necessidade clínica. No entanto, apesar desta fecundidade literária, notava-se a ausência de uma distribuição equitativa das pesquisas pelos vários domínios e tornava-se patente uma concentração polarizada em alguns dos conteúdos abordados: a comunidade científica internacional, que se debruçava sobre a depressão nestas idades, encontrava-se demasiado envolvida na criação, procura e validação de instrumentos de avaliação para despiste e medição do problema e na busca de isomorfismos com os adultos, negligenciando, em grande medida, quer as necessárias explorações nas especificidades da sua expressão, características e

¹ Eram grandes as incertezas neste domínio, já que os dados epidemiológicos existentes se mostravam infrequentes, confusos e contraditórios, levando a que os índices de incidência relativos à depressão clínica nos mais novos não fossem, como ainda hoje não o são, consensuais (Siegel & Griffin, 1983).

natureza nas crianças e jovens, quer o desenvolvimento e concretização de estratégias terapêuticas e preventivas para estas populações (Frame, Cuddeback & Robinson, 1989).

Os estudos da referida temática na população portuguesa jovem eram praticamente inexistentes e não se possuíam instrumentos avaliativos ou metodologias interventivas adaptadas à nossa linguagem e cultura, pelo que havia um vazio empírico a preencher. Nos campos da psicoterapia e da psiquiatria da infância e adolescência, sentia-se de forma premente a urgência de trabalhos científicos nacionais nesta área.

A minha formação piagetiana, a experiência que possuía nas áreas clínica e educacional e a análise da literatura sobre o tema demonstravam-me ainda que este era um domínio a explorar dentro de um novo enquadramento desenvolvimentista e que uma mais aprofundada compreensão desta temática, assim perspectivada, era uma necessidade que ultrapassava fronteiras (Kaslow & Wambolt, 1985; Rutter, 1986).

Mau grado a ênfase da grande maioria dos estudos na procura de semelhanças entre as manifestações depressivas ao longo da vida, a evidência de algumas particularidades epidemiológicas, experienciais e sintomáticas, face a diferentes níveis etários, a preocupação com factores de risco e de protecção e a relevância progressiva da psicopatologia do desenvolvimento na área da saúde mental infanto-juvenil (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984; Rutter, 1986; Rutter & Garmazy, 1983; Soufrye & Rutter, 1984), faziam com que as recomendações finais de muita da literatura, quer fosse mais ou menos recente, tendessem sistematicamente a apontar a necessidade da criação de estudos utilizando uma metodologia longitudinal (Cytryn et al., 1986; Kaslow & Wambolt, 1985; Miller, Birnbaum & Durbin, 1990; Rutter, 1986).

Foi, na perspectiva de confluência destes vários vectores institucionais, pessoais, teóricos e clínicos, bem como das necessidades metodológicas sentidas no domínio, que este trabalho cresceu.

2. ESTRUTURA DO PRESENTE TRABALHO

O trabalho que agora se inicia envolverá, primeiramente, a **apresentação do seu enquadramento conceptual e metodológico** e a justificação das decisões tomadas ao longo do estudo empírico. De seguida, incluirá um **primeiro capítulo** centrado numa revisão crítica da literatura sobre depressão infanto-juvenil. Aí, será apresentada a teia conceptual que rodeia o constructo e, para além da realização de uma análise numa perspectiva histórica, da evolução dessas conceptualizações, efectuar-se-á uma reflexão versando os dados, dilemas e limites presentes no estudo, diagnóstico, avaliação e tratamento do fenómeno. Serão abrangidos os temas relativos à definição do problema, à história do conceito, aos modelos etiológicos, às perspectivas desenvolvimentistas, aos dados epidemiológicos, às formas e critérios para identificação, classificação e diagnóstico, às metodologias de avaliação e à prevenção e terapias.

Um **segundo capítulo** tratará da associação da depressão infanto-juvenil com outros problemas psicológicos e psiquiátricos. Os problemas psicológicos serão perspectivados enquanto vulnerabilidades, sequelas e correlatos do fenómeno depressivo e os problemas psiquiátricos serão enquadrados no domínio do diagnóstico diferencial.

Ao primeiro nível, analisar-se-ão as relações da depressão infanto-juvenil com (1) as deficiências ou incapacidades sociais espelhadas,

em particular, nos comportamentos de isolamento, de asserção e agressividade; (2) as competências cognitivas, enquadradas nas suas implicações - atitudes perante a vida, atitudes face a si próprio dificuldades e insucessos a nível escolar; (3) a vivência de situações de vida adversas, em particular as precipitadoras de emoções de stress envolvendo, em especial, os acontecimentos de vida difíceis como separação/divórcio dos pais, a morte de um progenitor, o abuso e negligência, a depressão parental, a doença física com hospitalização e entrada numa nova escola; e (4) com as ideias, tentativas consumadas e não consumadas de suicídio.

Ao segundo nível, relacionar-se-á a presença da depressão não mais novos com a manifestação simultânea de outras patologias que impliquem a necessidade de um diagnóstico diferencial. Nesta perspectiva comparativa e diferenciadora, serão aqui estudados o Distúrbio de Ansiedade, o Distúrbio de Atenção com Hiperactividade, os Distúrbios de Conduta, e as Psicoses.

O **terceiro capítulo** abordará a descrição e análise dos procedimentos metodológicos dos estudos empíricos realizados e nele apresentam a população e as amostras experimentais estudadas, os instrumentos de avaliação utilizados, os procedimentos de análise de dados e os resultados obtidos. Estes serão sintetizados e comentados.

Num primeiro momento deste capítulo, serão descritas as características da população, das amostras, e do processo empírico e as decisões que foram tomadas ao longo da sua concretização (escolha, caracterização das amostras, dos instrumentos avaliativos utilizados, das metodologias de recolha de dados; explicitação de objectivos e dificuldades de implementação). Estes aspectos serão discutidos à luz das limitações

recomendações encontradas em estudos feitos até ao momento nesta área, bem como das possibilidades práticas de concretização.

Num segundo momento deste mesmo capítulo, far-se-á a apresentação dos dados recolhidos e das análises estatísticas realizadas. Esta secção é composta por seis sub-capítulos, correspondentes a um estudo prévio e a cinco estudos empíricos. O trabalho experimental necessitou ser decomposto para efeitos de análise, dada a diversidade, diferenciação de objectivos, amostras e procedimentos que o caracterizava. Para cada estudo realizado, serão desenvolvidos os objectivos específicos, as amostras estudadas, as metodologias de recolha de dados utilizadas, os procedimentos estatísticos efectuados e os resultados encontrados. Para além das conclusões particulares inerentes à análise de cada estudo, apresentar-se-á uma síntese final, globalizante.

Um **quarto e último capítulo** destinar-se-á à reflexão sobre os dados da pesquisa efectuada, numa contextualização teórico-metodológica da temática em estudo. Apresentar-se-ão aqui um conjunto de implicações preventivas, clínicas e educacionais, relativas às populações escolares, integrando os resultados e as conclusões encontradas dentro das presentes abordagens conceptuais do tema e apontando para futuras investigações e acções educativas.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E METODOLÓGICO DO PRESENTE TRABALHO: CONSIDERAÇÕES GERAIS

3.1. CONSIDERAÇÕES DE ÂMBITO TEÓRICO

Aqui se apresenta, primeiramente, a descrição do posicionamento conceptual defendido nesta dissertação e concretizado nas opções do estudo empírico, nomeadamente no que concerne alguns dos domínios mais problemáticos e não consensuais da temática em análise. Prossegue-se com o levantamento de um conjunto de questões nucleares que parecem hoje emergir da literatura e para cujo esclarecimento este trabalho de investigação pretende, de alguma forma, contribuir.

Tendo presente que este estudo se debruça sobre manifestações depressivas antes da vida adulta e é centrado numa população urbana, estudantil e não clínica, tenhamos em conta que:

1. Este trabalho analisa o **síndrome depressivo**, não se subescrevendo ao estudo da depressão enquanto mero sintoma, nem enquanto distúrbio clínico grave;

2. Ao longo de toda a investigação e revisão teórica, entende-se a depressão na sua forma **unipolar** excluindo, portanto, a depressão definida como psicótica-bipolar;²

² A depressão unipolar é aqui definida como a presença estrita de episódios depressivos (abatimento, apatia, tristeza, desmotivação, falta de energia, etc.), enquanto que a depressão bipolar é entendida como a presença alternada de episódios de depressão e de mania (sendo estes manifestados através de comportamentos de excitação, grandiosidade, exuberância, excesso de energia e de actividade, etc.).

3. É aqui reconhecida a possibilidade de existência de **múltiplas causalidades** para o surgimento das referidas manifestações, em particular supondo a presença de causas endógenas e de causas exógenas, agindo em processos interactivos e recíprocos.

Ainda que examinando os contributos dos vectores biológicos, este trabalho focaliza-se, essencialmente, na condição da depressão vista como confluente de um conjunto de **factores psicológicos e sociais**, em particular os **cognitivos, os emocionais e os relacionais**, actuando de forma dinâmica em interligação com os **acontecimentos de vida** e com a **dimensão temporal e desenvolvimentista** em que ocorrem;

4. Ainda que se creiam poder existir similaridades gerais entre a sintomatologia depressiva apresentada por crianças, jovens e adultos parte-se do princípio, neste estudo, que as manifestações depressivas nas idades mais jovens se revestem igual e essencialmente de um conjunto de **características** que lhe são **únicas e específicas** e que variam na forma como são experienciadas e expressas, em função de um **padrão de desenvolvimento** dependente das competências cognitivas, emocionais e sociais do sujeito e detectável na interação entre a evolução temporal e nível etário/escolar;

5. Insere-se este estudo num enquadramento avaliativo que defende o **uso integrado e convergente de instrumentos de autodescrição de instrumentos de avaliação completados por colegas e professores** para identificar crianças e adolescentes com síndrome depressivo em **contexto não clínicos**.

Poderemos dizer, globalmente, que este trabalho pretende debruçar-se sobre o fenómeno da depressão infanto-juvenil com uma visão psicológica, em detrimento e contraponto a uma mais médico-psiquiátrica. Neste aspecto particular, estuda a depressão infanto-juvenil partindo do normal para o desviante, contrariando a perspectiva médica, que estuda a patologia para chegar ao esclarecimento do que é adequado e normativo.

Com o intuito de perceber a presença, continuidade, reincidência e gravidade do problema numa população não clínica de crianças e adolescentes e as suas potenciais ligações com o processo de desenvolvimento e com certos acontecimentos de vida, a pesquisa acompanhou, ao longo de três anos, o evoluir da auto e da hetero-percepção de comportamentos depressivos, numa amostra alargada de crianças e jovens de vários níveis etários e escolares.

Dado que era também pretensão do estudo uma recolha de dados descritivos e um escrutínio dos comportamentos depressivos em análise, procedeu-se à colheita de informação sobre hipotéticos correlatos do síndrome, de forma a elucidar o constructo. Realizou-se, por isso, uma análise de diversas variáveis que na literatura ou nas hipóteses colocadas pela autora desta tese, poderiam ser possíveis factores de risco, precipitadores, mediadores ou consequentes do problema: o sexo, o ano de escolaridade/idade,³ a separação dos pais, a reprovação escolar, o número/nascimento de irmãos e a mudança de estabelecimento escolar.

A escolha deste conjunto de variáveis familiares e escolares deveu-se ao facto de implicarem, todas elas, processos de transição comuns

³ No presente estudo, o ano de escolaridade será entendido, tal como no estudo empírico de Finch e colegas (1985), como uma variável categórica reflectindo, quer a idade, quer o nível de desenvolvimento educacional.

nas crianças e adolescentes e, conseqüentemente, serem desencadeadoras de adaptações saudáveis ou patológicas por parte do sujeito.

Numa tentativa de analisar a conjugação entre diferentes perspectivas sobre o mesmo problema, no mesmo sujeito, ao longo do tempo, foram utilizados vários instrumentos e vários avaliadores (o próprio, os colegas e os professores), em vários momentos avaliativos.

Finalmente, ao conjugar os dados obtidos no presente estudo com as informações provenientes da literatura, pretendeu reflectir-se sobre algumas propostas terapêuticas e preventivas a desenvolver em contexto escolar, conducentes a aliviar ou evitar o sofrimento das crianças perturbadas com depressão.

3.2. QUESTÕES EM BUSCA DE RESPOSTA

Como qualquer outra investigação científica, o presente estudo empírico tem, como motivação básica subjacente, a procura de respostas para um conjunto de questões ou controvérsias que foram deixadas em aberto por projectos empíricos anteriores, por reflexões teóricas diversas e pela criatividade pessoal. Esta investigação foi assim construída com a pretensão de contribuir para o esclarecimento das questões que se seguem e que nos parecem pertencer, actualmente, ao conjunto das mais relevantes para o avanço do domínio:

1. Questões relativas à avaliação da depressão infanto-juvenil

A avaliação da depressão infanto-juvenil, dada a sua natureza subjectiva, tem colocado em dúvida as capacidades das crianças para informarem sobre os seus estados internos:

1.1. Serão as crianças portuguesas com nível escolar superior ao 3º ano capazes de informarem, em sucessivos períodos temporais, acerca dos seus estados internos depressivos e dos comportamentos depressivos externos dos seus colegas?

A avaliação desta entidade, pelas características que lhe são inerentes, tem implicado a utilização de múltiplos instrumentos, completados por múltiplos avaliadores, procedimento que tem levantado um conjunto de dificuldades:

1.2. Existirá acordo entre as perspectivas da própria criança

sobre a sua depressão e as perspectivas que colegas e professores têm dessa mesma depressão? E entre as hetero-avaliações da depressão, quando completadas por professores e colegas sobre um determinado sujeito?

1.3. Como conseguiremos conjugar de forma eficaz e proveitosa as possíveis e eventuais diferenciações e desacordos provenientes do uso de múltiplas fontes de avaliação, já que estas implicam diversas perspectivas sobre os comportamentos depressivos (subjectivas e objectivas), apoiadas em diferentes contextos e experiências e exigem a comparação de métodos múltiplos para a sua recolha (Achenbach, 1990)? No caso de encontrarem dissonâncias nessas perspectivas, a determinação da presença do problema deverá depender da avaliação de sinais de desconforto ou de adaptação subjectivos, objectivos ou combinados? Uma das fontes avaliativas (próprio, colegas, professores) será mais competente que outras para concretizar a avaliação deste problema?

3. Questões relativas ao padrão de desenvolvimento patológico na depressão do infante-juvenil

O peso da variável desenvolvimentista tem crescido linearmente nos estudos da depressão das populações mais jovens, deixando antever nos trabalhos teóricos, a possibilidade de que haja um ou vários padrões de desenvolvimento associados à expressão e vivência da depressão infanto-juvenil; contudo, os muito escassos trabalhos empíricos existentes ainda não comprovaram.

2.1. Existirá na população estudantil portuguesa deprimida um padrão de desenvolvimento que acompanhe a evolução temporal e

espelhe na sua interacção com o ano escolar/idade do sujeito? Assim, terão as crianças ou jovens de certos anos escolares tendência consistente em demonstrarem níveis mais ou menos elevados de depressão do que outros de outros anos? Esse padrão acompanha o evoluir do desenvolvimento, isto é, as crianças mais novas demonstrarão menos depressão do que as mais velhas?

3. Questões relativas à persistência ou transitoriedade da depressão infanto-juvenil

Desde há quase duas décadas que se tem assistido a debates em volta da estabilidade ou efemeridade das manifestações depressivas nas crianças e, no caso da sua persistência, da recorrência ou cronicidade envolvida. Actualmente, as dúvidas quanto ao seu carácter crónico parecem moderadamente esbatidas quando se fala da depressão como distúrbio clínico grave, mas continuam bem intensas quando se fala da depressão como síndrome.

3.1. Serão as manifestações depressivas sindromáticas, nos sujeitos jovens com idade superior a 8 anos (ou em níveis escolares acima do 3º ano do ensino básico), mais do que meros fenómenos transitórios de ajustamento (Lefkowitz, 1977; 1980)? Poderemos confirmar o carácter de continuidade, estabilidade e cronicidade dos síndromas depressivos antes da vida adulta e assim apoiar empíricamente alguns indícios quanto ao significado clínico e gravoso deste problema nas idades mais jovens e nas populações "normais" (Edelsohn et al., 1992)? Ou, pelo contrário, assistiremos a uma atenuação na gravidade das manifestações depressivas

avaliadas (Hodges & Siegel, 1985)?

3.2. Será que os sujeitos que demonstram elevados níveis de sintomas num qualquer ponto do tempo exibem, tipicamente, perturbações prolongadas, permanentes e crónicas ou será que o sujeito consegue recuperar "espontaneamente", total ou parcialmente, do processo depressivo? Poderão assim as próprias crianças promover mudanças ou alterações adaptativas, confrontarem-se com as deficiências e limitações próprias ao problema e superá-las?

3.3. É possível prever, a partir do resultado num instrumento avaliativo de despiste, o evoluir da depressão alguns meses ou anos depois, sendo as raízes da futura desadaptação discerníveis nos padrões de adaptação precoces?

4. Questões relativas ao impacto da depressão no funcionamento e adaptação presentes e futuras das crianças e jovens

O impacto da depressão no funcionamento, adaptação e desenvolvimento da criança ou adolescente que a experiencia têm deixado dúvidas aos estudiosos deste tema. Por um lado, do ponto de vista conceptual e da experiência clínica, supõe-se que a sua presença possa ter implicações graves, mas por outro não se conhece empiricamente a extensão temporal e comportamental desses impactos. As imprecisões adensam-se quando se estuda o síndrome depressivo.

4.1. Será possível testemunhar um mau prognóstico e surgimento de sequelas em formas diversas de desadaptação, não apenas para os distúrbios depressivos, tal como já sugerido na literatura (Kovacs et al, 1984), mas igualmente para os síndromas depressivos nestas idades?

4.2. A presença de depressão implicará o desenvolvimento subsequente de disfunções em alguns domínios da vida da criança ou adolescente?

5. Questões relativas à caracterização dos jovens sujeitos deprimidos

A determinação de quais serão os factores, dimensões ou variáveis que discriminam entre as crianças e os adolescentes que estão deprimidos e aqueles que o não estão é uma área que conjuga a análise descritiva do problema com a sua explicação causal. Num momento inicial interessa ver em que se distinguem estes sujeitos e num momento seguinte estudar quanto é que as variáveis que os distinguem podem explicar o surgimento da perturbação que manifestam. Sobre ambos há diversas teorias, mas poucas respostas empíricas.

5.1. O que parece caracterizar sintomaticamente (numa perspectiva empiricista e não de mera elaboração teórica) as crianças depressivas, quando comparadas com as não depressivas, em função de variáveis pessoais, familiares e escolares?

5.2. Poderemos encontrar padrões epidemiológicos específicos associados ao sexo dos sujeitos (Achenbach, 1990) ?

6. Questões relativas às variáveis de risco e protecção

O conhecimento daquilo que pode levar uma criança ou adolescente a vivenciar depressão é fundamental para apoiar os processos preventivos e terapêuticos. É possível que os poucos dados existentes sobre

os factores de risco ou de protecção não tenham auxiliado no avanço das áreas de intervenção clínica ou educacional.

6.1. É possível discernir factores externos e/ou internos associados ao surgimento, à persistência ou ao ultrapassar da problemática (mudanças do meio, variações no desenvolvimento, características pessoais ou a sua interacção)?

6.2. Podem discriminar-se as crianças com necessidade de apoio psicológico para prevenir o aparecimento de síndromas depressivos, de acordo com certos acontecimentos de vida que experienciam ou de certos comportamentos ou sintomas que manifestam?

7. Questões relativas à ligação entre depressão e suicídio na população escolar jovem

A associação entre depressão e suicídio tem merecido inúmeros atentos estudos junto da população de adultos, alguns trabalhos com a população de adolescentes, inclusive no nosso país (Sampaio, 1985), poucas investigações com a população de crianças. Certas questões desenvolvimentistas, culturais, legais e metodológicas têm interferido com as abordagens realizadas e com o investimento dos técnicos de saúde mental, deixando pouca clara a natureza e formato desta relação e a incidência de comportamentos de teor suicidiário nos mais novos.

7.1. Será que o auto-relato sobre pensamentos e desejos suicidas é comum na população do ensino básico e secundário e que a presença desta variável se encontra associada com os níveis de depressão mais elevados?

Parece à autora que estas questões fazem parte do núcleo central da controvérsia no domínio da depressão infanto-juvenil. O presente trabalho tentará abordar estas questões, analisando-as da forma que a humildade da sua investigação empírica permitir e esperando, fortemente, vir a encontrar respostas, bem como novas e desafiadoras perguntas.

3.3. CONSIDERAÇÕES DE ÂMBITO METODOLÓGICO

Com o intuito de tentar superar as limitações de subjectividade, inconclusividade sobre relações causais e ausência de precisão nos resultados obtidos, atribuíveis ao uso de metodologias retrospectivas e transversais em estudos desenvolvimentistas (Kellam, 1990), os *design* longitudinais prospectivos, surgiram como formatos de recolha de informação alternativa.⁴ Pretendiam possibilitar ao investigador uma maior proximidade e consonância com o real e uma maior validade nas conclusões teóricas retiradas (Orvaschel, 1983).

Pelo facto de levarem ao acompanhamento do sujeito ao longo do tempo e, portanto, ao longo do seu desenvolvimento, os estudos longitudinais facilitaram a análise das continuidades e discontinuidades no decurso do processo psicopatológico, tornaram possível o seguimento de sujeitos em situações de risco, conduziram à exploração e à identificação dos factores que provocam, potenciam ou protegem o sujeito do aparecimento dessa patologia e permitiram perceber melhor os efeitos de hipotéticos factores causais, ao isolarem esses factores de outras possíveis fontes de variação.

A possibilidade de darem informação directa sobre mudanças intra e inter individuais, aspectos a que as análises de tipo transversal não acedem, foi um ponto forte para a defesa do seu uso no domínio dos

⁴ Nos estudos com um enquadramento desenvolvimentista, o método transversal (*design* de medição independente), permite comparar diferentes grupos etários, observados num ponto do tempo e o método longitudinal (*design* de medições sucessivas), segue os mesmos sujeitos através de vários níveis etários ao longo de observações repetidas sucessivas (Bahtes, Reed & Nesselroad, 1988).

estudos desenvolvimentistas (Baltes, Reed & Nesselroad, 1988).

A resposta a questões clínicas de prognóstico e reincidência sintomática, bem como a recolha de informação sobre prevenção e eficácia terapêutica, ganharam outras possibilidades com o uso desta metodologia (Kashani et al, 1987).

Dadas as relações transaccionais e bidireccionais envolvidas n. situações sintomáticas, a que muitas vezes são insensíveis os *designs* de investigações empíricas (Monroe, Bromet, Connel & Steiner, 1986), formatos longitudinais são encarados como uma boa solução para aprofundar o significado e natureza dessas relações.

A inclusão da dimensão temporal, que tem vindo a ganhar relevância progressiva nas investigações da patologia infanto-juvenil, n. que é fulcral para a análise causal dos fenómenos de desajustamento qualquer idade, mostra permitir a compreensão dos padrões sequenciais interacção entre as variáveis em jogo, em particular das variáveis *maturação* e das variáveis associadas à *história* pessoal e de aplicação (Campbell, 1984).

Um outro domínio de estudo que tem usufruído do uso de metodologias de tipo longitudinal, igualmente relevante para o presente trabalho, é o relativo à mudança. Esta pode ser encarada em várias frentes e perspectivas - pode ser vista enquanto fenómeno do desenvolvimento normal, enquanto alteração patológica, enquanto alteração estrutural, ainda enquanto modificação funcional. Segundo alguns autores, a natureza da mudança nas populações clínicas e comunitárias sintomáticas tem vindo a ganhar aprofundamento com o uso de métodos de tipo longitudinal em estudos empíricos (Campbell, 1984). Recentemente, tem-se mesmo defendido que a análise da procura de coerência entre o desenvolvimento

as mudanças (Soufre, 1979), quer entendidas como normais, quer relativas à perturbação, poderão apenas ser estudadas, no contexto metodológico actual, através de estudos deste tipo (Rutter, 1986).

Como diz Campbell (1984, p.343), "a maior parte das questões centrais da psicologia e da psiquiatria da infância e adolescência, face às novas conceptualizações que advogam, só poderão encontrar resposta através de metodologias longitudinais". Esta autora (Campbell, 1984, 1989), defendendo uma perspectiva estrutural da mudança, irá afirmar que, para atingir uma plena compreensão das mudanças intra-individuais, ao longo do desenvolvimento, há que ultrapassar as limitações dos estudos transversais, que pressupõem um desenvolvimento uniforme, e empreender pesquisas debruçadas sobre as mesmas crianças ao longo do tempo. Considera-se que o objectivo final da investigação na área do desenvolvimento em psicopatologia é o de detectar as ligações entre características específicas de indivíduos particulares ao longo de períodos de desenvolvimento extensos e de seguir o processo, favorável ou desfavorável, adaptativo ou não adaptativo, de manutenção ou mudança dessas características (Achenbach, 1990).

A possibilidade de examinar, comparativamente, os diferentes percursos de desenvolvimento de vários sujeitos, permite uma visão diferencialista dentro desta abordagem, em especial se quando em simultâneo com a comparação do comportamento do mesmo sujeito ao longo do tempo, pudermos comparar indivíduos em situações semelhantes (por exemplo do ponto de vista dos níveis de desenvolvimento ou das idades cronológicas), mas que se diferenciam num ou mais vectores, controlados

⁵ No decorrer do presente trabalho as citações de texto de autores estrangeiros que surgirem são tradução da autora.

pelo investigador.

Cada vez mais assistimos à defesa do uso de uma abordagem normativo-desenvolvimentista para responder às exigências dessa busca de comparação e diferenciação, face às mudanças estruturais em curso no jovem sujeito e face à sua forte dependência ambiental. Notemos que a psicopatologia tem, em si mesma, um carácter normativo e diferencialista, já que a noção de anormalidade só faz sentido num contexto de comparação entre indivíduos e, conseqüentemente, de excepção. Daí que o estudo das trajectórias desenvolvimentistas das patologias no enquadramento do estudo do desenvolvimento normal permita, se abordado empiricamente desta forma, trazer informações sobre os processos dinâmicos que subjazem à adaptação e desadaptação, bem como, em simultâneo - e não alternativa - focalizar-se sobre diferenças entre os grupos (Cummings & Cicchetti, 1990).

A confusão da variável desenvolvimento/mudança com as especificidades dos grupos etários em estudo, aquando do uso de análises de tipo transversal, pode igualmente pôr em causa a utilização isolada de um tipo de metodologia para explorar e compreender essa variável.

Há pouca investigação que inclua, em simultâneo, estudos transversais e estudos longitudinais, ainda que tenha sido defendido que se atingirá uma validade interna maior ao conjugar ambos os formatos metodológicos num só *design* (Baltes, Reese & Nesselroade 1988). Mais do que propôr o uso isolado de metodologias longitudinais, em detrimento da substituição das transversais, como tão frequentemente tem sido feito, parece à autora, em apoio da posição de Baltes e colaboradores (1988), que o investimento metodológico a seguir, neste tipo de estudos interessados no desenvolvimento e na mudança, deva ser o da complementação dos

formatos metodológicos. Essa complementação de abordagens longitudinais com abordagens transversais pode aumentar a validade da informação obtida, clarificar o significado dos dados recolhidos e, portanto, potenciar o valor de cada uma das metodologias (Baltes, Reed & Nesselroad, 1988).

Nos últimos anos, a depressão infanto-juvenil foi perspectivada dentro destas visões metodológicas. A urgência e premência de concretização de estudos longitudinais e epidemiológicos, a par de uma abordagem normativo-diferencialista, surgiram associadas a um sem número de dificuldades e necessidades empíricas e conceptuais dentro do campo (Cytryn et al., 1986; Miller, Birnbaum & Durbin, 1990; Rutter, 1986).

Apesar de todas as justificações quanto ao interesse e às vantagens dos estudos de tipo longitudinal, estas não têm sido suficientes para fazer do uso desta metodologia uma opção comum no domínio empírico. Com efeito, ela tem sido criticada pelo facto de ser dispendiosa em tempo e em custos (Achenbach, 1990; Kashani et al., 1987; Orvaschel, 1983) e tem sido descrita como possuidora de diversas dificuldades práticas (como é o caso da mortalidade experimental, definida como a percentagem de redução da população original e considerada a dificuldade mais flagrante) (Domènech, Canals & Fernández-Ballart, 1992). Assim, paradoxalmente, ela é muitas vezes apontada como a solução técnica necessária para esclarecer certos domínios e paradigmas, ideal para determinado tipo de questões teóricas e empíricas, mas de facto poucas vezes concretizada.

No domínio da depressão infanto-juvenil, a metodologia longitudinal foi empregue num número muito limitado de estudos, os quais trouxeram, como veremos em capítulos subsequentes deste trabalho, preciosas informações sobre o problema (Almquist, 1988; Campbell, 1991; Chess et al., 1983; Esser et al., 1990; Kovacs & Gatsonis, 1989; Kovacs et al., 1984a e b; 1988; Poznanski et al., 1976; Tessiny & Lefkowitz, 1982). Quanto à associação da metodologia longitudinal com a transversal não foi ainda, tanto quanto sabemos, posta em prática no estudo desta disfunção.

Tentando superar as dificuldades metodológicas descritas e em resposta à já referida premência empírico-teórica (Miller, Birnbaum & Durbin, 1990), o estudo que agora se apresenta envolve a concretização de uma pesquisa empírica, diferencialista, simultaneamente longitudinal e transversal e pretende investigar possíveis padrões desenvolvimentistas na gravidade da depressão nos mais novos, a estabilidade, continuidade e cronicidade de uma constelação de comportamentos que a definem, a sua associação com possíveis factores de risco e as suas co-variações no tempo (Kovacs et al., 1984a e b; Nolen-Hoecksema, 1988). A recolha de dados processou-se assim em cinco momentos temporais, os dois primeiros separados por um intervalo de seis meses e os restantes distanciados, entre si, de um ano. Entre a recolha inicial e a final distou, por isso, um período de três anos.

Os procedimentos de recolha e de análise de dados permitiram trabalhar, não só com uma amostra de sujeitos, mas com um número crescente de amostras (assim, na primeira observação trabalhámos com 3 amostras e na última observação com 7 amostras). Este formato permitiu em cada uma das cinco observações realizadas, efectuar um estudo

transversal, que podia ou não corroborar e consolidar os efeitos estudados longitudinalmente e, conseqüentemente, enriquecer a compreensão do fenómeno. Efectuaram-se, portanto, para além do estudo longitudinal, cinco replicações do mesmo estudo transversal, o que deu aos dados encontrados e à sua interpretação, um valor acrescido.

O estudo desta temática tem sido realizado, ora com populações clínicas, ora com populações escolares ditas "normais". Assim, foi necessário decidir qual o tipo de população a envolver no presente estudo empírico. A opção por uma amostra de sujeitos da população geral, abordada através da sua pertença a instituições escolares, baseou-se na tentativa em evitar alguns dos enviesamentos metodológicos encontrados aquando dos estudos com amostras clínicas (Kashani et al, 1983; Lefkowitz, 1977).

Lefkowitz e colegas (1977) consideram - aspecto em que são secundados por muitos outros - que existem distorções provenientes do uso de amostras clínicas, pelo que defendem que uma amostra oriunda de uma população clínica não é uma representação fiel da população. A justificá-lo está o facto de que raramente o clínico de saúde mental vai, deliberadamente, em busca de sujeitos disfuncionais, sendo que, habitualmente, ele só trabalha com aqueles que o procuram. Sabe-se que a incidência de pedidos de apoio psicológico e psicopatológico não se encontra equitativamente distribuída pelos vários níveis socio-económicos, culturais, urbanos ou rurais, que certos problemas levam a maior procura que outros, que não há igual acesso aos serviços de apoio da comunidade e que os pais, os professores e as culturas em que se inserem, divergem nas exigências, expectativas e conhecimentos sobre o comportamento das suas crianças. É ainda do saber empírico específico à depressão, que muitos dos

comportamentos e problemas característicos e associados a esta temática manifestam largamente na população geral. Por tudo isto, é entendido que uma amostra "normal" permitirá um melhor aprofundamento do conceito (Lefkowitz & Tessiny, 1977).

Num estudo pretendendo envolver uma população alargada, amostras oriundas das comunidades escolares são as mais acessíveis. A concentração na instituição escolar deveu-se ainda ao facto de se supor que este é o contexto mais adequado para um despiste precoce do problema, portanto para acções preventivas ou atempadas intervenções remediativas (Doménech Llaberia, 1989).

As informações vindas das populações de voluntários incorrem em riscos de deturpação e de viés, os quais poderão afectar irremediavelmente os dados dos estudos, bem como a possibilidade de generalização dos seus resultados, sendo que a escolha por excelência, para estudos como o presente, caberá assim àqueles que envolvem populações comunitárias e que evitam, à partida, a selecção e a exclusão de sujeitos. As populações (Kellam, 1990). Nesta sequência, o estudo empírico realizado abrangeu todos os alunos que frequentavam entre o 3º e o 9º ano de escolaridade de dois colégios privados da zona da grande Lisboa.

A escolha de instituições privadas, em detrimento de escolas estatais, teve como justificação a minorização dos entraves colocados pelos estudos longitudinais, em particular o já referido, relativo à mortalidade experimental. Subjacente, está a explicação de que as escolas privadas abrangem níveis de ensino desde a pré-primária até ao final do ensino secundário - caso vertente - possuem uma estabilidade na população francamente maior, quando comparadas com os estabelecimentos de ensino público, onde a mobilidade é notória.

O facto da amostra incluir estudantes a partir do 3º ano de escolaridade foi justificado pela necessidade de envolver no estudo indivíduos que possuissem já um razoável grau de autonomia na leitura e na escrita, de forma a poderem corresponder às exigências do procedimento metodológico. Em simultâneo, esta escolha tentava não se enredar em questões, não respondidas, quanto à eventual impossibilidade das crianças com menos de 7/8 anos experimentarem depressão clínica, ou de estarem incapacitadas a avaliar-se com precisão (Kovacs & Beck, 1977).

A introdução, nos procedimentos de recolha de dados, das perspectivas avaliativas do próprio (criança ou adolescente), dos seus colegas e dos seus professores, viu-se justificada pela tentativa de dar resposta a um conjunto de problemas vigentes no campo da avaliação da depressão infanto-juvenil. Estes problemas abarcam a determinação do "melhor" agente informativo, a decisão quanto ao melhor formato para medir o fenómeno e a procura de resposta à falta de convergência entre as informações provenientes de vários avaliadores.

Foram utilizados quatro instrumentos avaliativos: dois instrumentos de autodescrição, um instrumento para avaliação por colegas e um instrumento para avaliação por professores. A opção por dois instrumentos de auto-avaliação prendeu-se ao interesse em determinar a sua validade e adequabilidade individual a certos níveis escolares, dado eles apresentarem formatos de resposta díspares, supostamente de diferentes níveis de complexidade. Esta determinação tinha igualmente subjacente a importância de analisar a convergência entre a resposta do mesmo sujeito a diferentes medidas, questão igualmente em debate no domínio.

A implementação destes procedimentos metodológicos implicou,

como veremos, dificuldades e limites, em especial, no que toca às opções prévias à sua concretização, na escolha das populações (falhando no recrutamento de sujeitos de estratos socio-culturais médios-baixos e baixos e na escolha dos instrumentos (essencialmente, que permitissem uma aplicação breve a um grande número de sujeitos e que levassem a cabo, apesar do problema, mais do que ao seu diagnóstico), e no que toca a dificuldades durante a aplicação e a análise de resultados, no número relativamente elevado de dados omissos nas respostas aos questionários das diversas aplicações (por exemplo, bastou um dos sujeitos não responder a um dos itens de um dos questionários numa das avaliações realizadas para já não poder ser incluído na amostra longitudinal).

CAPÍTULO 1

A DEPRESSÃO ANTES DA VIDA ADULTA: ESTADO ACTUAL DOS CONHECIMENTOS

"É um lugar tão secreto, este mundo das lágrimas"

Saint-Exupéry, 1943

PANORÂMICA GERAL DO CAPÍTULO

A investigação e discussão realizadas à volta dos distúrbios psicológicos nas crianças e adolescentes foram sempre limitadas e de progresso lento, quando comparadas com as investigações relativas aos mesmos problemas na vida adulta. O estudo das perturbações afectivas, em particular da depressão, veio a revelar-se um exemplo bem flagrante das discrepâncias encontradas na proliferação de análises empíricas e conceptuais entre as várias etapas da vida (Cantwell, 1983; Kazdin, 1989; Petti, 1989).

Como veremos no decorrer deste capítulo, em particular nos pontos 1, 2 e 3, esta assimetria temporal entre o estudo das depressões adultas e infanto-juvenis, associada às características das abordagens conceptuais dominantes, levou a que, desde o seu surgimento, os trabalhos teóricos e empíricos sobre a depressão nas crianças e adolescentes, se

tenham vindo a enraizar nas conceptualizações, nomenclatura investigação clínica com adultos.*

Tal relação teve a vantagem de, a partir dos dados e explicações encontrados nas perturbações depressivas dos mais velhos, desencadeado o surgimento de questões teóricas que viriam a estimular o avanço da investigação da mesma entidade em crianças e jovens. Entretanto, as restrições consequentes à super-dependência de métodos e conceptualizações derivadas dos estudos de depressão em adultos justificaram que os trabalhos sobre depressão em crianças e adolescentes viessem a caracterizar-se como desadequados, inespecíficos e limitados.

Contrastando a evolução nos dois grupos (crianças/adolescentes versus adultos), verifica-se que a pesquisa da depressão nas populações mais novas viria a demonstrar-se mais exigente do que a da depressão nas populações mais velhas. Tal exigência surgia como consequência das complexidades metodológicas, impostas pelas particularidades inerentes aos estudos mais novos, em especial face às mudanças desenvolvimentistas nas competências (Burgin, 1986; Kashani et al., 1981) e à sua extrema dependência contextual, familiar e escolar. Estes vectores iriam mostrar-se decisivos nos enquadramentos teóricos e metodológicos do tema, tal como veremos nos pontos 6, 7 e 8 do presente capítulo.

Acumulando, assim, as dificuldades próprias ao estudo da depressão em geral - onde a heterogeneidade do conceito e a diversidade das abordagens teóricas e metodológicas alimentam alguma discórdia (Cantwell, 1990; Rehm, 1988) - com os problemas colocados pela aplicação específica

* Ressalte-se que este enraizamento não é específico à depressão, mas é característico de toda a psicopatologia e psicologia clínica em crianças e adolescentes (Campbell, 1984).

às populações mais jovens, os trabalhos da depressão nestas idades foram progredindo a um ritmo lento e em terreno pouco fértil.

Nos últimos anos, os dilemas conceptuais e nosológicos que desde sempre caracterizaram o tema foram, a pouco e pouco, cedendo aos resultados das pesquisas e encaminhado a literatura para progressivas congruências. No entanto, o aumento exponencial de investigações nem sempre veio a demonstrar avanços científicos claros e inequívocos e, ainda que não revelasse sintonias de modelo para modelo, facto que não seria de esperar, não revelou também - e isso sim, é incompreensível - perspectivas interpretativas e metodológicas consonantes e unificadoras dentro de cada modelo teórico. Estes aspectos serão abordados aprofundadamente nos pontos 3 e 4 deste capítulo.

Mesmo nas áreas onde o acordo seria mais premente, encontramos diversas imprecisões, as quais continuam, teimosamente, a caracterizar o domínio. Temos, neste caso (1) a determinação inequívoca dos comportamentos essenciais para permitir o diagnóstico de depressão clínica; (2) a compreensão da forma específica como ela se manifesta nas crianças e jovens; (3) a explicitação abrangente dos mecanismos psicológicos, biológicos e sociais subjacentes à sua ocorrência; (4) o reconhecimento dos seus efeitos na adaptação futura; (5) a confirmação da sua transitoriedade ou persistência, secundaridade a outros problemas ou irrefutável qualidade estrutural autónoma; e (6) os formatos mais adequados para proceder à sua avaliação. Todos estes aspectos foram pouco investigados, estão limitadamente esclarecidos e são bastante controversos (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984; Petersen et al, 1993).

Como ficará patente nos pontos 6 e 7 deste capítulo, muitos dos trabalhos desenvolvidos têm levado à construção de um forte edifício

empírico à volta dos domínios do diagnóstico e da avaliação. Apesar todos os estudos realizados e do aumento consequente na precisão e aos níveis dos critérios de diagnóstico e dos métodos avaliativos, problemas de definição e medição mostram-se ainda difíceis de solução (Kovacs, 1989).

Os avanços surgidos nas áreas da epidemiologia (Achenbach, 1991a,b,c, citado em Petersen et al., 1993; Doménech-Llaberia, 1993; Petersen, 1993; Sans, Llaberia, Ballart, Pagès & Henneberg, 1991), da fenomenologia (Carlson & Kashani, 1988), da psicobiologia (Burke & Puig-Antich, 1990; Dahl et al., 1991, 1992; Puig-Antich, 1987), dos factores de risco e dos modelos etiológicos (Burbach & Bordin, 1986; Coleman & McPherson, 1993; Cummings & Cicchetti, 1990; Hammen, 1991; Miller & Birnbaum & Durbin, 1990) - especificados e revistos nos pontos 5 e 6 do presente capítulo e retomados no capítulo seguinte - não foram suficientes para trazer clareza aos quadros teórico e empírico. Imprecisões conceptuais de fundo e limitações metodológicas, presentes nestes vectores de estudo do problema, urge ser ultrapassadas.

Todos estes entraves terão, porventura, impedido maiores avanços noutras áreas de investigação do problema, em particular relativa às especificidades da experiência e da expressão da depressão e à função das possibilidades dadas pelo desenvolvimento em cada etapa da vida - aspectos que serão revistos no ponto 4 - e naquele que é o objectivo final de qualquer reflexão nos campos da psicopatologia e da psicologia clínica, ou seja, a prevenção e o tratamento. Estes últimos aspectos serão abordados no ponto 8 do presente capítulo.

Realizando uma análise comparativa entre alguns dos diversos livros e artigos de revisão bibliográfica mais recentes (Clarizio, 1989; Os

& Caro, 1990; Kovacs, 1989; Weiss et al., 1992; Petersen et al., 1993) e os primeiros livros publicados sobre esta temática (French & Berlin, 1979; Shulterbrandt & Raskin, 1979), verifica-se que, globalmente, se mantêm os conteúdos abordados, as questões colocadas e as intenções evolutivas propostas para o domínio. Talvez a qualidade intrincada do problema, a complexidade da população alvo, as incapacidades teóricas e metodológicas, a sectorização dos conhecimentos e a sua acumulação desintegrada, no seu global, não tenham permitido grandes avanços, pelo menos tão marcantes como seria desejável. Talvez por isso tenham surgido, nos últimos anos, tantos estudos empíricos e de revisão da literatura, frequente e paradoxalmente inconclusivos.

Numa perspectiva optimista, não podemos deixar de reconhecer que ainda que se mantenham muitas das questões e subsistam muitas dúvidas, em particular nos domínios que vão marcar todo o avanço científico e terapêutico do problema (ou seja os da sua estrutura, natureza e expressão [Weiss et al., 1992]), se tenha feito, nestes últimos anos, um desbravar considerável do problema e se tenha verificado um progresso significativo a nível teórico e metodológico. Grande parte da relutância vivida pela comunidade científica face ao tema foi, progressivamente, desaparecendo e dando azo a curiosidade, interesse, preocupação e empenho clínicos, levando a que os profissionais de saúde mental fossem ficando cada vez mais capazes de identificar, compreender e explicar a desadaptação, para nela intervir.

A riqueza de ideias e especulações oferecidas, estimularam a reconsideração de anteriores noções (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984); mesmo assim, o domínio continua enredado e de difícil clarificação e, raramente, tem espelhado novos *insights* conceptuais; como nos dizia Rutter

(1986, p. 491) "não é nunca uma tarefa fácil juntar abordagens teórica empíricas profundamente diversas" e essa tentativa é tanto mais difícil quanto são divergentes os tipos de explicação utilizados para descrever e compreender um problema, quando são díspares as medidas utilizadas para o medir e, sobretudo, quando persistem as incongruências quanto ao significado do próprio constructo que lhe está subjacente (Rutter, 1986).

1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA: DELIMITAÇÃO DE FRONTEIRAS POR ENTRE AS CONTROVÉRSIAS

"Complicating any discussion of depression are the controversies over what it is."

Schwartz & Schwartz, 1993

1.1. A escassez e imprecisão das definições existentes

Tal como acontece com qualquer outra perturbação psicológica, uma das primordiais e fundamentais acções a desenvolver no estudo da depressão infanto-juvenil, deverá ser a **clarificação inequívoca do constructo**, com consequente precisar terminológico na especificação das características e comportamentos que a descrevem e dos processos que lhe subjazem. Sem esta clarificação, todos os procedimentos avaliativos, classificativos, etiológicos e terapêuticos estão, à partida, condenados na sua justeza e adequabilidade ao real e na possibilidade de consenso junto dos profissionais de saúde mental (Clarizio, 1984).

Contrastando com o posicionamento que possui de pedra angular teórica e com a premência que lhe é devida, a área da definição do conceito, precisamente pelas **imprecisões e contradições** que distintamente manifesta, é uma das que mais tem impedido avanços na compreensão da depressão, nestas fases da vida. Muitas das inconsistências teóricas e metodológicas presentes na literatura são, simultaneamente, causa e

reflexo dessa ausência de clareza e de convergência conceptual.

A par do seu uso nos domínios da psicologia e da psiquiatria, a palavra depressão tem uma utilização vernácula. (Cantwell, 1990). O seu uso na linguagem corrente terá provocado alguma banalização, reducionismo e ambiguidade e influenciado a forma de descrever, encarar e valorizar esta desadaptação psicológica. Cumulativamente, em particular junto dos mais novos, as conceptualizações relativas aos desajustamentos psicopatológicos nas crianças e as visões culturais mitológicas sobre o mundo infantil, terão impedido, desde sempre, a desejada transparência e unanimidade no significado do constructo, bem como a sua aceitação (Kendall, Hollon, Beck, Hammen & Ingram, 1987; Poznansky, 1982).

Nas várias centenas de artigos revistos para este trabalho verificou-se, estranhamente, a **ausência**, quase total, de definições peremptórias, esclarecidas e esclarecedoras, de depressão infantil e juvenil. Digo estranhamente, dado que a necessidade em introduzir ordem num campo teórico e empírico, deveria estimular o aparecimento de tentativas de esclarecimento dos vários enfoques nosológicos e, em particular, de definições consensuais quanto à forma, estrutura e significado do conceito. Os diminutos esforços existentes contentaram-se, como veremos, com descrições, mais ou menos completas, mais ou menos superficiais, daquilo que é abarcado pela noção de depressão nestas idades e não implicam explicações claras, objectivas e inequívocas da sua natureza (Kazdin, 1987a, 1989, 1990; Clarizio, 1989). Atentemos nalgumas das poucas definições existentes.

Há autores que definem depressão nas crianças como u

⁷ No campo científico, o termo não é exclusivo do domínio da saúde mental, pois encontra-se também presente no vocabulário económico e geográfico.

constelação independente de sintomas em populações pediátricas (Brown, Borden, Clingerman & Jenkins, 1988) ou, na mesma linha, como um estado afectivo caracterizado por um conjunto de sintomas típicos e comuns a todos os grupos etários (Battle, 1987; Kovacs et al, 1984; Rutter et al., 1986). Outros, apresentam-na como uma dinâmica central subjacente a diversos problemas de aprendizagem e comportamento característicos das crianças e adolescentes (Cytryn & McNew, 1972, 1974) ou como uma falha ou défice na regulação do afecto (Kaslow & Wamboldt, 1985). Para estes últimos autores, dado que "nessa regulação operam fontes internas e externas, cuja importância relativa varia em função do nível de desenvolvimento do indivíduo e da natureza da sua situação de vida actual "estamos face a padrões sintomáticos, cognitivos e comportamentais, baseados no desenvolvimento" (Kaslow & Wamboldt, 1985, p. 416).

Finalmente, Lefkowitz e Tessiny (1980, p.44), descrevem a depressão como sendo "um estado marcado pela redução da felicidade e da capacidade de ter experiências gratificantes. Podem estar envolvidas quatro áreas de funcionamento: (a) a afectiva, através de manifestações de disforia; (b) a cognitiva através de manifestações de auto-depreciação; (c) a motivacional, através da baixa de rendimento e do isolamento; e (d) a vegetativa, através da fadiga, dos problemas de sono e da perda de apetite".

1.8. Definições descritivas e definições explicativas

Estas definições apresentam-nos duas formas de olhar o fenómeno: a primeira, baseada na **funcionalidade ou descrição das manifestações expressivas sintomáticas** e a segunda, apoiada numa **visão**

explicativa, ou seja, na **identificação de processos e dinâmicas subjacentes** quer explicando o fenómeno e o seu aspecto expressivo e experiencial, quer reconhecendo e identificando os factores que o irão predispor, precipitar ou manter.

É possível que a complexidade da expressão e avaliação da depressão nos mais jovens, não tenha permitido uma delimitação e compreensão, nem dos padrões expressivos característicos, nem dos dinamismos subjacentes às suas manifestações.

A interpretação das razões que possam justificar a sua natureza e significado, viu-se muito difícil e limitada e, consequentemente, as explicações etiológicas específicas à depressão nas crianças não contribuíram para a definição do problema nestas idades; a raridade e a qualidade parcelar dos modelos existentes, não terá concorrido para o reconhecimento aprofundado dos processos inerentes à sua manifestação. Este aspecto que, aliás, reproduz as dificuldades de compreensão da mesma entidade nos adultos, ainda que num contexto de abundância de modelos.

Gittelman-Klein, num artigo publicado em 1977 e intitulado "Issues related to definition and methodology of depressive illness in childhood", defende, citando Prugh e colegas (1975), que "a única abordagem hoje possível para um sistema de classificação de comportamento perturbado nas crianças e adolescentes é a tipológica, que é primariamente descritiva (em vez de explicativa) e baseada em definições operacionais" (Gittelman-Klein, 1977, p. 79). Esta perspectiva vingou nos anos que se seguiram e a visão explicativa foi preterida no estudo nosológico do problema.

Uma análise da evolução do significado do constructo mostra-nos ainda, como o atingir de uma definição se viu consequentemente dependente

de metodologias classificativas e avaliativas, as quais, por sua vez, num dilema aparentemente sem saída, se viram depender da definição existente: só identificando crianças depressivas era possível estudar e definir a depressão e só definindo a depressão era possível identificar as crianças depressivas.

A tentativa de solução deste impasse, ainda que limitada naquilo a que chegou, concentrou-se no **avanço simultâneo dos domínios conceptual e avaliativo**, exigindo-lhes uma interconexão que permitisse evoluções paralelas. Nesta sequência, os estudos apoiaram-se, basicamente, numa visão funcional do problema - porque a mais imediata, a mais simples e aquela que poderia permitir aceder à explicativa - e foram tentando dar sentido à miríade de formatos expressivos e etiológicos encontrados.

Em suma, a não distinção entre definições descritivas e explicativas ou etiológicas (Beck, 1987) irá marcar de forma bastante negativa a compreensão do problema; esta dicotomia percorrerá todo o seu entendimento e criará incongruências teóricas manifestas ao longo de vários campos do seu estudo. A reflexão sobre as flutuações terminológicas existentes, que realizarei em seguida, ao analisar as tentativas de definição da depressão infanto-juvenil, encontra-se, portanto, marcada por estas imprecisões.

1.3. Distinção entre depressão e normalidade

No processo de definição de uma qualquer entidade disfuncional, vem sempre, em primeiro lugar, a necessidade de a distinguir da normalidade.

Neste primeiro patamar de análise, o clínico ou o investigador confrontados, de imediato, com uma tomada de decisão que nunca é fá-
nem linear. A determinação daquilo que é normal ou anormal no cam-
psicológico e psiquiátrico, é pautada por inúmeros entraves e incertezas
necessidade de abarcar, nessa decisão, um sem número de critérios, levo-
inclusão de índices normativos diversos. Analisemo-los brevemente.

Os critérios, que possibilitarão diferenciar entre o que é norma-
o que é perturbação psicológica, são provenientes de diferentes mode-
teóricos e de vários níveis conceptuais, podendo organizar-se em círcu-
cada vez mais apertados, tendentes a uma determinação que envol-
factores progressivamente mais próximos das características do sujeito,
contexto e do problema.

É assim nosso entender que eles começam por ser **culturais**
socio-económicos e envolverão, em seguida, numa espiral cada vez m-
fechada, a pertença ao **grupo familiar e escolar**. Nestes diversos contex-
as normas, as expectativas e as exigências, variam de forma tão inter-
que o mesmo comportamento pode ser considerado patológico num conte-
e ser entendido como normal num outro.

Numa visão cada vez mais particularizada, encontramos crité-
próprios ao sujeito (sexo, idade, nível de desenvolvimento, desempe-
habitual), os quais determinarão de uma forma decisiva a opção por u-
apreciação sobre a normalidade ou a disfuncionalidade de
comportamento. No caso das crianças, os critérios de normatividade
relação ao grupo de pares, de competências relativas à etapa
desenvolvimento e de mudança em relação ao comportamento típico
sujeito, parecem trazer informações fundamentais para essa diferenciação.

Dado que teremos ainda que atender à **interação entre**

variáveis contextuais e as variáveis pessoais, para determinar da eventual patologia, a decisão vê-se ainda mais complexificada. Aqui, critérios relativos ao tipo de comportamentos, à sua natureza, gravidade, consequências e generalização temporal e ambiental, estarão implicados na determinação do que é ou não inadequado. Um último nível de análise, envolverá as **características próprias à perturbação** em estudo.¹

Centrando-nos no problema aqui em estudo, verificamos que quando se fala de depressão, frequentemente se refere uma perturbação no humor. Esta perturbação pode situar-se, algures, entre a tristeza normal e esperada e a depressão clínica.

A presença, relativamente frequente, do comportamento de tristeza ou de humor depressivo ao longo do ciclo de vida, enquanto forma reactiva a acontecimentos difíceis, e portanto transitória,² discreta e superficial, tem colocado dúvidas quanto à fronteira entre o que é normal e o que é patológico neste domínio. Com efeito, considera-se esperada e adequada a vivência de sintomas depressivos num ou noutro momento da vida, de tal modo que, por vezes, o que é considerado anormal é, não a presença desses comportamentos, mas a sua ausência (Ilaberia et al., 1991, Schwartz & Schwartz, 1993).

A persistência, profundidade, frequência, disfuncionalidade e gravidade da perturbação do humor,³ parecem auxiliar a determinar, ainda

¹ Subjacente a todas estas decisões, estão sempre as concepções de adaptação psicológica, típica ou ideal e a forma como metodológica e estatisticamente se determina quando começa e acaba essa adaptação.

² O grau de gravidade atribuível por um avaliador exterior, como é o clínico, pode ser criticável em dois aspectos. Por um lado, os critérios estão pouco operacionalizados neste domínio particular, implicando, nebulosamente, limitações funcionais, frequência e generalização no dia-a-dia do sujeito e, por outro, a determinação da gravidade não deve limitar-se à avaliação do clínico, devendo implicar também, em nosso entender, uma auto-avaliação do sujeito em causa. Assim, tal como acontece na a determinação do grau de felicidade provocado por um acontecimento (Smith et al., 1989), o grau de gravidade dos sentimentos de depressão não tem um valor absoluto, mas um valor relativo em função das experiências já vividas pelo sujeito. Está em jogo uma experiência subjectiva derivada de um processo de comparação e se esta determinação pode ser feita pelo clínico comparando a sintomatologia depressiva dos sujeitos, com outros já

que com bastante imprecisão, o ponto a partir do qual a depressão deixa estar dentro dos limites das emoções normais e passa a ser entendida como clínica ou patológica.¹⁰

Estes factores têm sido, maioritariamente, de tipo quantitativo como os que acabámos de referir. As imprecisões, associadas ao exclusivo desses critérios, levaram a que muitos autores defendessem e só os factores qualitativos ou a conjugação de ambos pudessem explicar, com precisão, a distinção entre depressão-patologia e tristeza "normal".

Whybrow e colegas (1981), (citado em Schwartz & Schwartz, 1993) apresentam um conjunto de orientações para discriminar a depressão de outros estados, que fazem confluír vectores qualitativos e quantitativos. Dizem eles que na depressão clínica:

(1) Há uma diferença na qualidade e na intensidade do humor, parecendo

permeiar todos os aspectos da vida da pessoa; o humor depressivo não pode

evitado e a pessoa não responde ao conforto nem ao apoio;

(2) Podem não existir estímulos identificáveis para esse humor, ou a reacção

estar fora de proporção em relação ao estímulo;

(3) O humor depressivo parece ter uma vida própria; persiste autonomamente.

Isto é visto muitas vezes como parte da diferença qualitativa entre tristeza

depressão (Whybrow et al., 1981, p. 7).

avaliados antes (processo de comparação social), e com a integração contextual da sintomatologia desse sujeito particular (processo de integração contextual), deverá também ser feita a nível intrapessoal (processo de comparação individual) e realizada pelo sujeito a avaliar, de forma mais ou menos positiva, as suas experiências de vida actual, em comparação com as do passado.

¹⁰ A gravidade e persistência dos sintomas têm sido apresentadas como critérios fundamentais para a classificação de entidades que mostram semelhanças, na sua forma geral, aos distúrbios depressivos, mas que lhe são diferenciadas. Por exemplo, o tipo de relação entre os distúrbios distímicos e os distúrbios depressivos "maiores" foi estudado por diversos autores (entende-se aqui a depressão "maior" como um episódio grave, habitualmente com um decurso agudo e o distúrbio distímico como uma alteração crónica do estado do humor, sem a gravidade suficiente para preencher os critérios de diagnóstico do primeiro).

Em 1976, igualmente tentando diferenciar estes dois pólos e atendendo aos dois tipos de critérios, Beck escrevia que:

a diferença significativa entre distúrbios psicológicos e respostas emocionais normais é que o conteúdo ideacional dos distúrbios contém uma distorção consistente de uma situação real. Enquanto a resposta emocional normal é baseada numa avaliação razoável da realidade, as respostas nas perturbações psicológicas são determinadas, num grau muito superior, por factores internos (i. e. psicológicos) que compõem a avaliação dessa realidade (Beck, 1976, pag.75).

Apesar destes esforços conceptuais, esta e outras propostas não têm permitido decidir, de forma imediata, linear e indubitável, qual a posição exacta da fronteira que os separa.

O problema parece complicar-se quando se estuda a depressão nas crianças e nos adolescentes. Alguns aspectos que lhes são particulares (em especial, comportamentais e desenvolvimentistas) trazem um acumular de incertezas sobre os limites entre o normal e o patológico. É o caso da labilidade emocional das crianças, do constante fluxo e transição dos seus pensamentos, da incapacidade em sentir certo tipo de emoções ou de experimentar certo tipo de cognições. A frequência, relativamente elevada, da presença de sintomas depressivos em crianças "normais" é outro dos vectores em análise aquando desta distinção entre normal e patológico. Na adolescência a decisão é ainda mais difícil, já que, para alguns autores, esta fase da vida implica, por inerência, a experiência de manifestações depressivas, consequentemente tidas como normais e transitórias. Como veremos, em seguida, por trás de cada uma destas posições estão diversos

modelos teóricos, que influenciam grandemente o tipo de critérios escolhidos, o significado que lhes é atribuído e o momento a partir do qual se estabelece a separação.

1.4. Diferenciação entre vários níveis de patologia depressiva

A determinação do ponto a partir do qual um qualquer comportamento considerado típico da depressão começa a ser tido como disfuncional, envia-nos para o segundo patamar, em que a tentativa de definição da depressão tem incidido: o da **diferenciação de vários níveis de desajustamento ou patologia, dentro da própria depressão.**

Na literatura científica, a depressão tem surgido em acepções bastante distintas, ora mais, ora menos restritas, umas vezes entendida como um estado afectivo com diferentes nuances, outras percebida como uma patologia onerosa de difícil remediação. Assim, o conceito tem vindo a significar um conjunto diversificado de níveis disfuncionais, podendo indicar um leque variado de estados psicológicos, que vão desde o humor depressivo temporário, até uma condição grave, incapacitante e crónica que pode incluir comportamentos de auto-destruição e levar à morte (Kazdin, 1987a).

A alternância, naquilo a que se refere a depressão, tem correspondido a três níveis de desadaptação ou patologia: **sintoma, síndrome ou distúrbio** (Carlson & Cantwell, 1980). Os diferentes significados que lhe são atribuídos e que espelham a falta de consenso quanto à forma, à estrutura e à natureza do problema, têm desencadeado muita da confusão reinante, deixando a literatura bastante enredada.

que mistura e, frequentemente, não identifica, o nível de análise a que se refere.

Conscientes desta abstrusidade, as mais recentes publicações científicas de revisão bibliográfica, mostram-se já atentas a esta diferenciação e descrevem, com cuidado, a diversidade da nomenclatura (Cantwell, 1990; Kazdin, 1989; Petersen et al., 1993). Infelizmente, a literatura empírica não demonstra ainda os mesmos escrúpulos, negligenciando, com pesados custos, a explicitação e operacionalização dos níveis conceptuais envolvidos. As implicações destas imprecisões ultrapassam a semântica e espelham-se, fundamentalmente, no lento e confuso avançar dos estudos feitos neste domínio e na ausência de acordo quanto ao nível que está em análise.

Já que cada uma das referidas abordagens revela diferentes pressupostos sobre a natureza do problema e da psicopatologia em geral, serve propósitos distintos e espelha um nível divergente de fenómeno depressivo (Petersen et al., 1993), as conceptualizações que estão subjacentes aos vários "formatos" envolvem perspectivas teóricas bem distintas, umas características da visão médico-psiquiátrica do fenómeno e outras mais consonantes com modelos psicológicos. Claro está que estas distinções não são estanques nem meramente académicas e têm implicações importantes na identificação, avaliação, tratamento e prognóstico do problema, vindo obviamente a limitar as possibilidades de clarificação que a comunidade científica, ela mesma negligente no processo de definição, tanto anseia (Raskin, 1977).

Kazdin em 1984, 1987, 1989 e 1990 dá-nos as seguintes distinções (aqui fundidas e adaptadas pela autora do presente trabalho):

Como **sintoma**, a depressão envolve um comportamento particular, concebido numa forma alargada e pode incluir características do afecto, da cognição ou comportamento observável. Assim refere-se, muitas vezes, à tristeza melancolia e, como tal, é uma experiência comum do dia-a-dia. Na noção de **sintoma** não há implicação de modelo etiológico ou causa subjacente reconhecível. Como **síndrome** ou grupo de sintomas, que tendem a agrupar-se numa determinada constelação, a depressão refere-se a um conjunto de comportamentos que se encontram associados e podem incluir sinais afectivos, cognitivos, motivacionais, motores e vegetativos. A tristeza pode assim fazer parte de um conjunto mais vasto de problemas, que inclui perda de interesse por actividades, sentimentos de desvalorização, perturbações de sono, mudanças de apetite, entre outros. **Distúrbio** refere-se a um síndrome, quando se sabe mais acerca da constelação sintomática envolvida. É assim que, nos adultos, a depressão se refere, muitas vezes, a distúrbio, já que muito se sabe sobre este síndrome, incluindo, entre outros, uma história familiar característica, correlatos biológicos, um percurso ou resultado clínico antecipável, pressupondo uma resposta predizível ao tratamento - indicando assim a utilidade de ver este síndrome como mais que uma mera associação entre comportamentos correlacionados. É na acepção de distúrbio que as práticas de diagnóstico actual encaram a Depressão Maior (Kazdin, 1984, pag. ; 1989, pag. ; 1987, pag. 1990, pag. 121).

A diferenciação apresentada por Clarizio (1984, p. 185-186) esclarece, igualmente, os diferentes significados:

Num dos níveis encontramos o **sintoma**, que se refere a um determinado comportamento observável, (isolamento), afecto, (humor depressivo), cognição,

(crença irracional) ou funcionamento vegetativo (queixas somáticas). O termo **síndrome** implica que os comportamentos covariem, i.e. que as mudanças afectivas, cognitivas, motivacionais e vegetativas ocorram regularmente em conjunto. A existência ou não de uma constelação de sintomas, é uma questão empírica que tem vindo a ser largamente explorada na literatura. Um terceiro nível de conceptualização envolve a noção de **distúrbio**. Para demonstrar que um distúrbio existe, necessita-se de mais informação, para além do mero aglomerar dos comportamentos. Para que um síndrome seja considerado um distúrbio, é preciso mostrar que ele não pode ser explicado por uma outra condição que a englobe. A "Depressão Maior," nos adultos, é um distúrbio, dado que este síndrome não poderá ser explicado por outros distúrbios do qual ele fosse parte (e. g., distúrbio de ansiedade). Igualmente, existe informação sobre o percurso que a depressão vai seguir, a história familiar, os sinais biológicos e a resposta diferenciada dos sub-tipos do problema aos tratamentos. Em resumo, sabe-se muito mais do problema do que a mera co-variação de sintomas. O quarto nível de análise centra-se à roda do conceito de **doença**, que defende a existência de uma etiologia distinta e duma anormalidade biológica identificável.

1.4.1. A depressão-sintoma

Num pólo, subjacente à perspectiva da depressão enquanto **sintoma**, está assim um modelo que a postula como um continuum graduado e que aponta as diferentes formas expressivas como mudanças quantitativas (de intensidade, duração, número de sintomas e gravidade) e não enquanto mudanças na natureza do fenómeno.

Esta perspectiva veio dar resposta à questão da diferenciação entre o que é normal e o que é típico da depressão clínica; no entanto, a



determinação concreta, exacta e consensual sobre qual o tipo, número, duração e intensidade dos sintomas, para que sejam considerados patológicos, continua sem respostas concretas e definidas.

1.4.2. A depressão-distúrbio

No outro pólo, encontra-se a depressão-distúrbio, ou depressão clínica grave. Habitualmente, está subjacente a ela a hipótese de que, basicamente, a diferença entre a depressão-sintoma e a depressão-distúrbio é de teor qualitativo e é entendido que esta última se enquadra numa visão de patologia interiorizada e de presença de causas profundas, onde os sintomas, entendidos como um complexo múltiplo, são sinais emergentes de uma perturbação (Nolen-Hoeksema, 1988). É argumentado que os critérios diferenciadores não são da ordem da quantificação e que não se trata meramente, de uma variedade mais intensa da mesma entidade (Raskin, 1988). Como vimos, o limite superior desta conceptualização coloca-nos à noção de *doença mental*.

Nesta abordagem, as distinções são explicadas com base nos factores causais ou desencadeadores, considerando que as manifestações depressivas que não atingem critérios de diagnóstico psiquiátrico, são menos problemáticas (chamadas mesmo sub-clínicas) e são provavelmente provocadas por factores psicossociais, enquanto que as depressões clínicas verdadeiras se encontram associadas a factores biológicos, estes postulados como os possíveis desencadeadores do distúrbio depressivo. (Nolen-Hoeksema, 1988; Raskin, 1977). A falta de uma causa externa discernível e a persistência, gravidade e grau de incapacitação funcional que os sintomas provocam, devem ser interpretados

critérios definidores da psicopatologia.

Subjacente a esta noção de distúrbio está, igualmente, um critério de estabilidade, de manutenção e de continuidade no tempo, o qual irá, aliás, justificar e permitir a conceptualização que perspassa os sistemas de classificação psiquiátrica. Muitos dos estudos dentro deste enquadramento, irão assumir a depressão como uma entidade clínica fixa, de tudo ou nada, e centrar-se, conseqüentemente, nas suas formas mais graves que, apesar de serem as menos frequentes, parecem ser as mais incapacitantes e as de maior risco para o futuro.

Estas distinções e delimitações complexificam-se quando se verifica que a depressão-distúrbio pode, igualmente, ser diagnosticada quando, face à presença de uma causa externa (morte de um ente querido, por exemplo), o episódio depressivo (reação de tristeza inicialmente "normal") se torna tão grave e prolongado que vem a corresponder aos critérios de diagnóstico necessários para classificação psiquiátrica. É assim conceptualizado que esta transformação de um estado não clínico num estado clínico, resultará de uma vulnerabilidade (habitualmente entendida como biológica) que desencadeará, face a acontecimentos de vida adversos, o surgimento de uma entidade nosológica grave.

1.4.3. A depressão-síndrome

Entre estes dois extremos, encontra-se uma terceira forma de conceptualizar a depressão: a **depressão-síndrome**. O síndrome depressivo, definido como um conjunto de sintomas típicos e descritivos da depressão, os quais se apresentam de forma concomitante e não atribuível ao acaso, tem vindo a confundir-se com os outros níveis conceptuais.

Dependendo do autor, dos critérios utilizados, das circunstâncias particulares do sujeito, do seu problema concreto e das atribuições de causalidade realizadas, a depressão-síndrome tem sido vista, na sua natureza, ora como situacional, ora como endógena. Assim, alguns têm considerado como uma reacção possível (excessiva, desproporcionada, prolongada) a acontecimentos externos difíceis, mas não fazendo parte necessariamente, de nenhum distúrbio psiquiátrico (Cantwell, 1990; Noll, Hoeksema, 1988) e outros têm-na apresentado como estruturalmente determinada (Kazdin, 1989; Kovacs & Beck, 1977).

O síndrome encontra-se, a nosso ver, numa espécie de limbo conceptual, onde comunga de algumas das características definidoras dos sintomas e de algumas das propriedades dos distúrbios, apresentando-se mais confuso e indefinido que os seus parceiros de nomenclatura.

A sua proximidade com o conceito de distúrbio aparece, portanto, como mais saliente, quer porque, do ponto de vista descritivo, o distúrbio e síndrome são semelhantes naquilo a que se referem (o mesmo conjunto de sintomas do foro emocional, cognitivo, motivacional e vegetativo), quer porque comungam algumas perspectivas explicativas e etiológicas:"

A proximidade e semelhança destes dois conceitos colocam-nos face à dificuldade da sua diferenciação conceptual, dificuldade esta que, por sua vez, nos remete de novo para uma reflexão sobre os critérios que têm sido utilizados para as distinguir. Podemos verificar que, a par

"Esta asserção é exemplificada no facto de alguns autores proeminentes no campo da depressão infanto-juvenil, apesar de atores defensores das necessidades de clarificação e diferenciação terminológica, usarem os termos de distúrbio e síndrome de forma permutável (Kazdin, 1989). O mesmo se passa com o DSM-IV (APA, 1994), onde está igualmente patente um uso confuso dos dois termos.

critérios de número, duração, gravidade, intensidade, frequência, persistência temporal, generalização contextual de sintomas, funcionamento cognitivo específico e do grau de incapacitação do funcionamento da rotina diária, já abordados para distinguir o normal do patológico, surge agora um novo critério fundamental para delimitar a fronteira entre uma condição depressiva psiquiátrica e outra que é sintomática: o critério etiológico (Cantwell, 1990; Rutter et al., 1986).

Enfrentamos, de novo, a complexidade do uso concreto e operacionalizado de qualquer destes critérios: se, como vimos, a diferenciação, aparentemente mais simples, baseada nos factores quantitativos, não é isenta de ambiguidades e dificuldades metodológicas, muito mais exigente se torna a distinção quando é apoiada em critérios qualitativos.¹² É assim que, às dificuldades de descrição e especificação do quadro clínico sintomático, típicas do síndrome, se somam as dificuldades em reconhecer outros factores adjacentes de caracterização, como sejam a história familiar de doença psiquiátrica, a história natural, biológica e pessoal do próprio distúrbio, as respostas diferenciais ao tratamento e o prognóstico. Se a distinção síndrome/distúrbio parece não colocar muitos problemas a estes níveis, já que no caso do distúrbio se pressupõe a

¹² Em ambos os níveis tem sido manifesta a ausência de linearidade nesta diferenciação, bem como a presença de problemas metodológicos que lhe são inerentes. Assim, reflectindo sobre a dimensão qualitativa, alguns autores basearam a distinção entre distúrbio e síndrome na presença ou ausência de certos sintomas; é o caso de Anna Freud (1970), que considera as manifestações de baixa auto-estima ou de ideação suicida como sinais de uma entidade nosológica grave, não fazendo por isso parte do síndrome. Outros autores defenderam a modalidade avaliativa como forma de cimentar a diferenciação: inferem a presença de um síndrome quando as manifestações depressivas se avaliam através do uso de instrumentos de auto-descrição ou de questionários a pais, professores ou colegas, e concluem da presença de um distúrbio quando os instrumentos avaliativos utilizados permitem um diagnóstico psiquiátrico e o elemento decisivo da recolha de informação, dos julgamentos e das decisões sobre o caso, é o técnico de saúde mental. A tautologia, inconsistência ou ausência de confirmação empírica destas posições não permitem torná-las relevantes, apesar de algum interesse patente nas concepções subjacentes.

No caso dos critérios quantitativos, a medição da gravidade é um bom exemplo das dificuldades práticas que encerra a sua aplicação. Assim, estando a gravidade baseada na extensão com que a criança mostra os sintomas depressivos, será necessário utilizar instrumentos que avaliem especificamente esta dimensão, o que não acontece, por exemplo, com os instrumentos derivados dos critérios de diagnóstico, já que estes apenas avaliam a presença ou ausência de certos sintomas, não graduando a intensidade ou generalização da experiência sintomática (Kazdin et al., 1984).

existência de conhecimentos nestes domínios e no do síndrome se supõe seu desconhecimento, a distinção baseada na causalidade tem levantado inúmeras dúvidas.

No que se refere às particularidades do estudo da depressão em crianças e adolescentes, é de notar que não foi fácil a aceitação de que, como nos adultos, a depressão se poderia manifestar nas crianças na forma de síndrome ou de distúrbio, sendo muitas vezes entendido que, nos mais novos, o conceito de depressão era sinónimo de sintoma (Cantwell, 1988). Se, nos adultos, as referências à depressão implicam habitualmente, maioritariamente, a sua visão enquanto distúrbio, dado que já muito se sabe, clinicamente, sobre o síndrome, a ponto de se subir ao degrau conceptual "superior" (Kazdin, 1987a), nos adolescentes e, em particular nas crianças, só recentemente os estudos privilegiaram a depressão enquanto distúrbio.

Herbert Quay (1972), um pioneiro no processo de reconhecimento da necessidade em clarificar as diversas perspectivas sobre o fenómeno, em avançar nos conhecimentos ao nível do distúrbio depressivo nos mais novos, adverte que

... com respeito à definição de qualquer distúrbio, o primeiro passo é demonstrar que uma constelação de comportamentos pode ser observada de forma válida numa ou mais situações que a definem. A partir do momento em que a definição, como a de distúrbio depressivo, é aplicada a uma criança, é necessária informação sobre etiologia e prognóstico, de forma a que a classificação tenha algum valor. Por exemplo, condições antecedentes para as depressões infantis, como as relações pais-criança, deverão ser parte do corpo de informações geradas por essa classificação. Da mesma forma, as predições sobre as relações com

colegas, o rendimento escolar, ou a probabilidade de responder a certos tipos de tratamento, são algumas das variáveis que devem advir de um diagnóstico com significado (citado em Lefkowitz, 1977, p. 82).

1.5. Depressão: reacção psicológica ao contexto ambiental ou doença biológica?

Das dificuldades práticas, ressaltam as questões teóricas fundamentais, ainda à espera de resposta, as quais gravitam em volta das noções explicativas e de causalidade subjacentes: quando falamos de cada um dos níveis de depressão, estaremos face a fenómenos comparáveis que só diferem, de facto, no seu grau de gravidade, ou pelo contrário face a entidades distintas na sua própria natureza e estrutura (Rutter, 1986; Schwartz & Schwartz, 1993)?

Uma das dúvidas que mais tem perspassado este domínio é a de só entender a depressão como uma entidade clínica preocupante quando ela é reconhecida como endógena. Será que a depressão só deverá ser considerada em toda a sua gravidade, quando não se encontra uma razão psicológica ou contextual para o seu surgimento? Ou será que a sua persistência no tempo, sem abrandamento de sintomas ou com reincidência dos mesmos, poderá também determinar a sua qualidade gravosa? E se se reconhece que as manifestações comportamentais, emocionais, cognitivas vegetativas, quando reactivas a uma importante perda ou situação *stressante*, podem preencher os critérios para distúrbio depressivo, como explicar a posição de alguns autores que defendem que este tipo de depressão é, pelo seu carácter óbvio de adaptabilidade à situação vivida e

frequência na população, um fenómeno "anormal" dentro da normalidade reactiva e não uma entidade clínica digna de importância (Rutter, 1986). Como pode ainda explicar-se que essa entidade reactiva, ao prolongar-se no tempo e ao ganhar gravidade, passe a ser entendida como biologicamente determinada, na sequência de uma vulnerabilidade fisiológica activada? Face ao que parecem ser causas diferentes, encontraremos seguramente depressões diferentes? Cantwell (1990) exemplifica bem as confusas posições acerca deste assunto ao afirmar, sem explicitação das justificações desta posição, que:

... pode surgir um síndrome depressivo na sequência de certos tipos de *stress* na vida, como é o caso comum de uma reacção de dor e sofrimento após uma perda. Esta reacção tem muitas das características de um distúrbio, mas é melhor caracterizada como um síndrome depressivo ocorrendo reactivamente após uma perda.

Estamos em crer que estas diversas indecisões e dúvidas são resultado de visões excessivamente simplistas. Nos últimos anos, tem vindo a reconhecer, progressivamente, que os aspectos psicológicos e aspectos fisiológicos estão intimamente ligados, influenciando mutuamente: os factores psicológicos têm consequências fisiológicas (veja-se as reacções psicossomáticas ao *stress*) e os factores fisiológicos produzem efeitos psicológicos (veja-se o caso da Síndrome Pré-menstrual, ou desencadeia, em muitas mulheres, sintomas típicos da depressão (Schwartz & Schwartz, 1993). Assim, esta dicotomia está, actualmente, desprovida de sentido, sendo que uma perspectiva mais holística auxilia

supostamente, a sair deste dilema conceptual:

Em conclusão, é óbvia a incapacidade manifestada pela comunidade científica em definir clara e concretamente o fenómeno da depressão, em delimitar com precisão e acordo as suas fronteiras (mesmo que impliquem decisões arbitárias) e em conjugar os vários níveis de análise e os vários tipos de critérios.

O regresso permanente ao nível descritivo, para integrar a informação e **estabelecer uma base para uma definição operacional**, é visível na tentativa em criar tipologias e quadros clínicos distintos.

Face à **heterogeneidade da expressão sintomática** da depressão, espelhada na diversidade de listagens de comportamentos já propostas e na inconsistência e desacordo quanto aos aspectos centrais definidores e explicativos da entidade, a comunidade científica sentiu a necessidade de subdividir o problema em tipologias, como forma de permitir descrevê-lo e entendê-lo em toda a sua complexidade.

Este tópico conduz-nos ao terceiro patamar de análise.

1.6. Distinção entre diversos tipos de depressão clínica

Alguns autores tenderam a discriminar diferentes formas no síndrome e no distúrbio, encarando-os como entidades não homogéneas. Esta tarefa de criação de sub-classificações mostrou-se difícil e a possibilidade de interpretar, do ponto de vista teórico, as sub-divisões, empírica e clinicamente propostas para a depressão, não se mostrou linear (Rutter, 1988). As tentativas realizadas revelaram-se, de novo, insuficientes e insatisfatórias na clarificação e definição do problema (Blatt

& Maroudas, 1992; Maag & Forness, 1991), talvez porque o objectivo metodológico a atingir era ambicioso: a delineação, para cada tipo, de descrições, etiologias, prognósticos, correlatos e tratamentos diferenciais entre os diversos tipos, a determinação de fronteiras inequívocas que separassem os vários subgrupos de forma mutuamente exclusiva.

Na população adulta, existem debates e desacordos nestes particular e, obviamente, nas crianças e jovens, as dificuldades teóricas metodológicas são ainda maiores. Apesar de, junto dos adultos, parecer provada a utilidade e a necessidade clínica das diferenciações tipológicas, novo se reproduzem as questões fenomenológicas básicas já descritas, particular o não saber, perante diversos tipos e quadros clínicos de depressão, **se estamos face a uma mesma condição com diferentes nuances ou face a diferentes entidades.**

A literatura tem tendido a postular uma **categorização dicotómica** da depressão; quer estejam em causa critérios de gravidade, de expressão sintomática, de etiologia ou de duração. A par da já discutida distinção entre depressão endógena/biológica e exógena/reactiva (a mais saliente no campo da depressão infanto-juvenil), são também sobejamente conhecidas as diferenciações entre depressão primária versus secundária, aguda versus crónica, psicótica versus neurótica e unipolar versus bipolar. Tem surgido outras, menos comuns, igualmente com o intuito de esclarecer este caos conceptual. É o caso das classificações da depressão centradas nas experiências que lhes dão origem, como são as depressões anaclíticas e introjectiva (Blatt, 1974; Blatt et al., 1976; Blatt et al., 1982; Blatt & Maroudas, 1992; Blatt & Zuroff, 1992), sociotrópica e autónoma (Blatt, 1983), de vinculação ansiosa e de auto-confiança compulsiva (Bowlby, 1977, 1980, 1988), dominada pelos outros e dominada por objectos.

(Arieti & Bemporad, 1978, 1980). Subjacentes, encontram-se perspectivas teóricas divergentes, relativas à natureza e/ou características do problema, mas quantas vezes acordos, sugestivos ao nível descritivo (Blatt & Maroudas, 1992).

Nas crianças e adolescentes, pela frequência com que é apresentada e dicotomizada, sublinhamos aqui a distinção, nem sempre muito clara, entre conceptualizações da depressão como entidade endógena e como entidade exógena. Alguns autores apontam como rara a ocorrência, nas crianças e jovens, de depressões de tipo endógeno - e portanto de distúrbios depressivos em toda a sua gravidade - defendendo que, na sua maior parte, as depressões destas idades são reactivas a acontecimentos de vida (Graham, 1981), sendo portanto mais suaves e menos gravosas, já que aquelas são consideradas devastadoras, sem razão externa reconhecível ou desproporcionadas face ao reconhecimento dessa causa e estas aparecem sempre claramente ligadas a acontecimentos de vida precepitadores, com expressões menos intensas e com prognósticos mais positivos.

Outros autores, por sua vez, defendem, precisamente, que a depressão biologicamente determinada é relativamente frequente nos mais jovens e é endocrinologicamente semelhante à dos adultos (Poznansky, 1982).

Os outros formatos tipológicos não têm sido, muito frequentemente, aplicados às conceptualizações da depressão infanto-juvenil, à excepção da dicotomização bipolar/unipolar (acerca da qual é apontada a raridade da primeira) e da primária/secundária (distinção que, como veremos mais à frente, se encontra pouco explicada a nível teórico e não esclarecida a nível empírico nos estudos da depressão infantil). Em

qualquer caso, a presença deste tipo de tipologias, quando surge n populações mais novas, vem associada aos adolescentes e, só com raridade às crianças.

É ao nível da concretização e operacionalização dos comportamentos típicos, manifestados pelos depressivos, que os esforç tendentes à definição da depressão têm tentado encontrar mais acorç Entramos agora no quarto patamar de análise, centrado, precisamente, n aspectos descritivos definidores da depressão.

1.7. Inventariar, convencionar e operacionalizar os sintomas comportamentos que descrevem o quadro clínico central da depressão

Num esforço para esclarecer o domínio, que apenas agora com a recolher frutos, alguns autores optaram por considerar e, claramer explicitar, que apenas a presença simultânea de uma constelação b precisa de sintomas, com uma certa duração e gravidade, poderia constit entidade clínica real e, portanto, ser merecedora da atenção das ciências mente. A presença de sintomas depressivos isolados deixou de ser encar como sinónima de presença de depressão clínica, sendo que nas publicaç mais recentes, muitos dos autores **só consideram a presença de depres quando esta se manifesta em forma de síndrome ou de distúrbio, portanto complexo sintomático.**

A quase totalidade das classificações de sintomas realizadas para proceder ao inventário do conjunto de comportamentos que descrevem o quadro clínico da depressão, tem-se apoiado, consequentemente, na sua **forma de expressão**, mas verifica-se que, apesar de muitos esforços empíricos e clínicos, é grande a arbitrariedade dos índices comportamentais listados em cada categoria; **a operacionalização do conceito de depressão clínica tem levantado algumas vozes discordantes, por falta de unanimidade no número, forma, significado e conteúdo dos sintomas definidores de depressão** (Cantwell & Carlson, 1979). O facto de existir um grande número de sintomas que podem ser indicadores de depressão e de muitos deles não serem exclusivos deste problema, não tem auxiliado neste processo, o qual, naturalmente, se vê dificultado pela heterogeneidade expressiva já referida.

A procura de isomorfismos sintomáticos com a depressão adulta, complexificou ainda mais esta delimitação. O desacordo relativo aos sintomas que caracterizam a entidade clínica tem sido mais difícil de superar do que nos adultos, já que, a par dos entraves inerentes à própria forma de manifestação da perturbação, se supõem existir **especificidades desenvolvimentistas na vivência e expressão do problema**. Estas, a confirmarem-se, influenciarão a forma como ele se apresenta, levando a mudanças na expressão clínica e, ao alargarem o espectro da sintomatologia, dificultarão, pela maior difusão, o acordo relativo ao que se poderá chamar o "núcleo da verdadeira depressão infanto-juvenil".

Assim, face à heterogeneidade da expressão sintomática, à indefinição de quais as fontes primárias para a recolha da informação sobre o problema e à lentidão com que a psiquiatria infantil adoptou critérios operacionais para descrever as inaptações psicopatológicas, esta

tarefa mostrou-se bastante complexa, mantendo-se acesa, ainda hoje, controvérsia sobre quais são os sintomas básicos e quais os secundários como diferenciar o essencial do acessório (Cantwell, 1983).

Tentando esclarecer algumas confusões presentes na literatura deixemos claro, para começar, que **a depressão clínica não deve encarada ou definida enquanto sinónima de tristeza, infelicidade ou humor disfórico** já que, compondo-se de um grupo diversificado de sintomas sendo multi-dimensional por natureza, não pode ser reduzida aos estados afectivos; para além de um complexo e alargado conjunto de elementos ligados ao afecto, ela implica um importante **leque de sintomas específicos nos campos cognitivo, motivacional, comportamental e vegetativo** (Burns, Beck, 1978; Cantwell, 1990; Leon, Kendall & Garber, 1980; Rutter, 1986).

Desta forma, ainda que o humor depressivo seja considerado, particular nos adultos com depressão, parte essencial e básica do fenómeno (sendo isso o que faz a depressão ser descrita como um problema afectivo ou do humor), ele não o esgota.

O afecto depressivo é entendido como a emoção ou emoções dão "a cor" à nossa percepção do mundo, ou como diria Paul Trad (1986) "a representação externa da experiência subjectiva da emoção" e, se é verdade que a tristeza (ou infelicidade), seja um elemento tantas vezes característico desse humor depressivo e surja, habitualmente, com o sintoma mais frequente, ela parece nem sempre estar presente, manifestar-se de formas diferenciadas, em particular face a diferentes momentos do desenvolvimento. Entre definidores e classificadores, sempre ela surge como o sintoma mais importante (surge como um critério necessário, ainda que não suficiente) e não tem um lugar, consensualmente

aceite na centralidade da sintomatologia depressiva em adolescentes e crianças.

Por exemplo, a presença de humor depressivo parece ser o sintoma isolado mais poderoso na diferenciação entre amostras clínicas e não clínicas de adolescentes depressivos (Achenbach, 1991b, citado em Petersen et al., 1993). No entanto, nenhuma evidência empírica confirma ou mesmo sugere que esse humor depressivo seja um preditor fiável do resto da sintomatologia depressiva, mais do que qualquer outro sintoma isolado (Costello, 1986), sendo mesmo que esse humor parece ser um comportamento bastante comum junto de populações escolares normais (Kashani & Simonds, 1979).

Em campo aberto para disputa, quanto ao valor e lugar na definição descritiva da composição da depressão, está um segundo tipo de comportamentos, que se enquadram igualmente no domínio emocional ou, se quisermos, emotivo-motivacional: **a perda de prazer, gosto ou interesse pelas actividades anteriormente agradáveis** (do inglês *anhedonia*), de novo considerada apenas por alguns, como um dos aspectos mais importantes da depressão e, por muitos, como o seu centro nevralgico se associada ao humor depressivo (DSM-IV, APA, 1994; Kazdin, 1989; Lasko, 1986).

Em 1975, uma das primeiras conferências internacionais sobre depressão infanto-juvenil, ao apresentar uma formulação classificativa sobre o problema, descreve, precisamente, como critérios fundamentais

¹³ *Anhedonia* refere-se à redução da capacidade de experimentar prazer e manifesta-se, concretamente, na diminuição do interesse em actividades ou acontecimentos recompensadores. A sua importância na depressão prende-se ao facto de, não só ele ser específico às problemáticas afectivas, mas também por ser considerado, a nível do DSM-III-R e do DSM-IV, como um sintoma central para diagnóstico (Kazdin, 1989).

para determinar a presença de depressão nos mais novos, a disforia humor triste e a incapacidade em responder a experiências previamente reforçantes em vários contextos situacionais (Shulterbrandt & Rasl 1977).

No que diz respeito aos **aspectos cognitivos e cogniti**
motivacionais, parecem igualmente existir formas de pensar próprias estado depressivo (a auto-depreciação, o desânimo aprendido,¹⁴ desesperança, as expectativas negativas e as imagens distorcidas de si, mundo em geral e do futuro) (Beck, 1976).

A auto-culpabilização e a auto-crítica são, muitas vezes apresentadas como concomitantes e surgem, também, como possíveis sintomas dos domínios cognitivo e motivacional, apesar da sua importância não serem, uma vez mais, consensuais e serem frequentemente referidas nas populações pré-adultas (Rutter, 1986). Nessas populações, a **auto percepção negativa**, o **autoconceito** e a **auto-estima** rivalizam, por vezes, com os anteriores sintomas (humor depressivo, desinteresse nas actividades), já que são considerados, por alguns autores, como parte fundamental do núcleo do problema (Bernard & Joyce, 1987; Harter, 1987).

Também fazem parte do fenómeno clínico em estudo alguns comportamentos **vegetativos e psicomotores**, como alterações aos níveis alimentar (perda ou aumento de apetite ou peso), de sono (insónia, hipersónia) e energético (cansaço, perda de energia, lentidão ou agitação).

¹⁴"Desânimo aprendido" surge aqui como uma tradução possível para o termo "Learned Helplessness", o qual será descrito e aprofundado mais à frente, neste trabalho.

psicomotora). As queixas somáticas estão presentes, com alguma raridade, no conjunto de sintomas do problema.

No **domínio comportamental**, têm surgido descrições de inactividade, incapacidade em se concentrar, comportamento suicida, irritabilidade, baixa de rendimento escolar e isolamento social (Burns & Beck, 1978; Schwartz & Schwartz, 1993). Estes sintomas têm um estatuto confuso. Alguns deles são pertença da listagem sintomática de sistemas classificativos da depressão, surgindo mesmo como componentes obrigatórios para a sua definição; contudo, não fazem parte de outros sistemas classificativos, sendo, em consequência, valorizados apenas por alguns autores.

Como vemos, os estudos empíricos e clínicos têm colocado grande ênfase na delimitação dos comportamentos descritivos do fenómeno mas, mesmo assim, tal como há 20 anos, **é ainda uma questão de opinião, mesmo que por vezes empiricamente fundamentada, decidir e determinar se um comportamento é ou não fundamental para a definição e diagnóstico da depressão infanto-juvenil** (Kovacs & Beck, 1977; Malmquist, 1977).

Os factores de desenvolvimento têm interferido bastante no desenrolar deste processo de definição, já que impõem particularidades expressivas que complexificam a sua abordagem. Muitas das **manifestações sintomáticas consideradas específicas das crianças e jovens** têm a ver com comportamentos que surgem entendidos, ora como concomitantes com a sintomatologia depressiva "típica", ora como centrais na sua definição e expressão. Exemplos serão as dificuldades e recusas escolares, as birras, a enurese, a encoprese (particulares aos grupos etários mais baixos), o isolamento social, a ansiedade, a irritabilidade, a agressividade, a auto-estima baixa (ainda a nível das crianças, mas agora já não específicos

porque também presentes nos adultos depressivos) e o baixo autoconceito, o baixo rendimento físico, consumo de drogas, negativismo e agressão (ao nível dos adolescentes) (Cantwell, 1990; Clarizio, 1984; Lefkowitz & Tessiny, 1980; Tessiny, Lefkowitz & Gordon, 1980; Kazdin, 1989)."

A par de todos os desacordos, já referidos, o facto dos autores divergirem nas suas posições quanto à possibilidade de isomorfismo entre as manifestações depressivas ao longo da vida, tem estimulado a inconstância teórica. Tal como veremos nos próximos capítulos, defendem que os mais jovens vivenciam exactamente a mesma sintomatologia que os mais velhos, somando a ela alguns sintomas únicos próprios a estas fases da vida, ou, simplesmente, modificações na frequência (Carlson & Kashani, 1988; Kovacs e Beck, 1977); ou consideram que os jovens experienciam apenas alguns dos sintomas dos adultos, sendo o restante quadro clínico bastante particularizado (Carlson & Garber, 1986; Cantwell, 1990; Scott, 1989). As decisões quanto às especificidades etárias, quer dentro de cada perspectiva, quer entre perspectivas, mostram-se bastante discordantes e o facto de alguns comportamentos parecerem manter-se como característicos da depressão ao longo do ciclo da vida e outros se alterarem, não simplifica o processo.

Num estudo elaborado com o intuito de esclarecer este domínio, Carlson e Kashani (1988) confirmam o pressuposto da existência de uma base básica comum, ao verificarem que alguns dos sintomas típicos aumentam de frequência com a idade, outros diminuem de frequência com o avanço do desenvolvimento, alguns apresentam uma distribuição tem

¹⁵ Como nota de precaução para os avanços neste domínio, salientaremos que o facto de um grupo descritivo de sintomas de um transtorno psiquiátrico ser demasiado inclusivo restringe, naturalmente, o valor do conceito (Nowels, citado em Shulterbrandt & Raskin, 1977).

curvilínea e outros ainda mantêm-se inalteráveis, independentemente da idade.¹⁶

O facto das crianças possuírem competências cognitivas, sociocognitivas, comportamentais e verbais, próprias e diferenciadas em função do seu nível de desenvolvimento, tem levado a discutir como é possível que elas, em certas idades e face a certas limitações, possam manifestar determinados sintomas considerados centrais nos depressivos mais velhos (Kaslow & Wamboldt, 1985). É o caso de certas características cognitivas como as expectativas face ao futuro, que implicam uma noção de tempo e continuidade que os mais novos podem não possuir. Este tema será retomado no capítulo 4, dada sua pertinência no domínio da depressão infanto-juvenil.

Como já dissemos, para estabelecer a validade de um constructo diagnóstico é ainda necessário demonstrar que as crianças com os sintomas alvo diferem de forma significativa de outros grupos, clínicos ou normais, com quem são comparadas (Campbell, 1984). É infausto que os dados de que dispomos de momento continuem a não ser indubitavelmente esclarecedores a este nível, o que limita à partida a própria validade clínica e empírica do conceito de depressão infanto-juvenil, pois será a definição objectiva e precisa do complexo sintomático que permitirá a diferenciação com outras entidades psicopatológicas. Na sua ausência, é difícil diferenciar

¹⁶ Creem estes autores que a idade e o desenvolvimento podem influenciar a forma da depressão se manifestar, tornando mais ou menos proeminentes certos sintomas, mas não modificando o quadro clínico básico. No entanto, o tipo de estudo por eles desenvolvido possui algumas limitações metodológicas, que eles próprios descrevem, as quais poderão invalidar os resultados, nomeadamente o facto das questões colocadas e das conclusões encontradas serem tautológicas e de não se explorarem outras formas expressivas da depressão, alternativas ou complementares, senão as dependentes dos critérios diagnósticos dos adultos.

a depressão de outras patologias, dada a impossibilidade em, claramente delimitar o que é pertença de uma ou outra entidade psiquiátrica.

Somos então chegados a um quinto e último patamar de análise

1.8. Diagnóstico diferencial com outros problemas psicopatológicos **depressão é um fenómeno primário ou secundário?**

Se, como vimos, é pouco nítida a diferenciação entre depressão e normalidade, se é confusa a discriminação entre distúrbios depressivos "realmente" psiquiátricos e outros menos graves e se são indefinidas várias formas com que a depressão pode surgir, quer a nível sintomático quer tipológico, é também pouco clara a linha divisória entre a depressão e outro tipo de problemas clínicos e a relação que ela pode estabelecer com outras entidades psicopatológicas.

Esta ordem de dificuldades nosológicas tem a ver com o facto de a depressão (sintoma, síndrome ou distúrbio) surgir, por vezes, em associação com outro tipo de problemas psicopatológicos (o distúrbio de ansiedade; o distúrbio de conduta, o distúrbio de atenção e hiperactividade, a ansiedade de separação, a fobia escolar, as psicoses, [Rutter & Garmazy, 1983]). Este tipo de relação pode ser de dois tipos: a depressão ser primária (ou seja, ser a primeira a surgir) ou ser secundária (ser resultante doutra problemática).

De acordo com a American Psychiatric Association (1994), alguns sujeitos que preenchem os critérios clínicos para outros distúrbios podem demonstrar, em simultâneo, sintomas, síndromas ou distúrbios depressivos e, como veremos no capítulo 2 deste trabalho, muitas crianças que atingem critérios DSM-III-R para distúrbio afectivo, tendo

ter, em simultâneo; muitos outros sintomas, pertença de outras patologias (Carlson & Cantwell, 1979)."

Alguns autores vêem nesta associação frequente com outras entidades uma razão para pôr em causa a existência autónoma da depressão e perguntam-se se aquilo que se rotula como depressão, não ocorrerá em todos os tipos de diagnóstico psicológico ou de perturbação emocional geral, em vez de corresponder a um fenómeno "discreto", descontínuo e independente (Clarizio, 1989; Costello, 1981). O desacordo e ausência de correlação entre vários avaliadores sobre os sintomas depressivos de uma mesma criança sugere, igualmente, segundo Graham (1974, citado em Costello, 1981), que as crianças se comportam de forma diferente em diferentes contextos, pondo de novo em dúvida a ideia da existência de uma condição clínica depressiva, básica e estrutural, comum a qualquer contexto. É possível que a perspectiva intrapsicológica que perspassou, durante anos, o entendimento da depressão pré-adulta e da depressão em geral, tenha sido amplamente responsável por não se ter atingido uma compreensão mais alargada do problema. A **relação interactiva mantida com o contexto** em que a criança ou adolescente funciona e cresce, poderá ter um peso e influência marcante, quer nos aspectos funcionais da depressão - e consequentemente na sua forma de expressão - quer nos aspectos etiológicos e explicativos.

A ausência de dados normativos e de incidência fiáveis e de bons métodos avaliativos, válidos e precisos, não tem permitido esclarecer completamente este assunto, levando a que, apesar da sua actual aceitação

¹⁷ Supondo que existem diferenciações entre depressões primárias e secundárias, estas não foram validadas inequivocamente e poucas parecem ser as particularidades encontradas quanto a prognóstico, resposta ao tratamento ou características familiares nos dados encontrados (Rutter, 1986).

quase generalizada, o conceito possa sempre ser posto em causa.

Em conclusão, de tudo o que foi dito se verifica que, quando falamos de depressão infanto-juvenil, continuamos a falar linguagem obscuras, pois a perspectiva com que cada autor entende o fenómeno ainda, muitas vezes, idiossincrática e os avanços nas metodologias avaliativas e de diagnóstico, mesmo que aumentando a convergência teórica e clínica, não superaram as imprecisões sobre o constructo.

Enredada em diversos níveis conceptuais que se sobrepõem, a definição da depressão mostrou necessitar, em simultâneo, de atender a aspectos de descrição da sua forma expressiva (envolvendo características qualitativas como é o caso do tipo de sintomas e quantitativas como exemplo a duração ou gravidade), bem como a aspectos relativos à explicação e causalidade. Estes vários vectores impediram, até ao momento, uma definição do constructo, que se caracterize por ser clara e consensual, bem como clínica e empiricamente válida. Subjacentes estarão, porventura, o facto das indefinições teóricas se encontrarem dependentes de diversos formatos depressivos, não operacionalizados nem esclarecidos, e o facto de a depressão se definir e concretizar através de um conjunto heterogéneo, alargado, difuso, temporalizado, generalizado e amorfo de queixas e pormenores manifestar-se diferentemente, de acordo com o nível de desenvolvimento do sujeito e o tipo de contexto em que se insere.

Há que ultrapassar as dúvidas que se mantêm quanto ao valor heurístico do conceito nas populações de crianças e adolescentes. Para a classificação do constructo de depressão clínica infanto-juvenil ter alguma validade, é de extrema importância que consiga diferenciar em

traço, o estilo de resposta ou a atitude face à vida que o conceito implica, na sua vertente clínica, e a possível presença de um fenómeno passageiro, eventualmente típico das crianças normais (Lefkowitz, 1977).

Creio que uma abordagem essencialmente centrada numa visão psicológica, cognitivo-comportamental, pode auxiliar neste processo.

Os **modelos psicológicos** têm, em meu entender, desenvolvido trabalhos empíricos válidos e, dado estarem (1) mais preocupados em abarcar o fenómeno de uma forma objectiva e operacionalizável; (2) mais motivados para a sua compreensão e explicação, do que para a sua mera descrição e classificação; (3) mais interessados na busca de etiologias psicossociais do que nas biológicas; e (4) menos centrados nos processos de diagnóstico clássicos e mais virados para a sua remediação e prevenção, têm entendido o problema de uma forma conceptual e empiricamente mais eficaz que os modelos médicos, fazendo aumentar as possibilidades de um avanço determinado e definitivo na definição e controlo desta entidade.

No presente trabalho e na sequência de tudo o que ficou dito, a perturbação depressiva nas crianças e adolescentes é entendida como **um desajustamento, psicológico e social (abrangendo desadaptações em áreas do foro emocional, cognitivo, vegetativo, motivacional e relacional), para o qual contribuem vulnerabilidades biológicas (predisposição constitucional) e psicológicas (estilos e alterações cognitivas e emocionais).** Estas vêem-se activadas e influenciadas por experiências sociais (com a família e os colegas) e/ou acontecimentos de vida difíceis (pequenos *stressores* diários e grandes *stresses* pontuais), os quais, ao imporem

adaptações, implicam exigências e mudanças no funcionamento do sujeito, na sua interação com as suas competências globais e com os processos de maturação e de desenvolvimento em curso.¹⁸

¹⁸ A perturbação depressiva é aqui estudada ao nível do síndrome, já que: como vimos, (1) a depressão-sintoma carece de significado clínico; (2) os dados actuais sobre depressão nos mais jovens não nos permitem ainda falar, com inequívocos dados científicos, de um distúrbio; e (3) ainda que os conhecimentos actuais nos dêem uma imagem, que começa apenas agora a ser congruente, de um distúrbio na população infanto-juvenil, a perspectiva médica e endógena que lhe é subjacente não satisfaria os nossos pressupostos conceptuais.

2. HISTÓRIA DO CONSTRUCTO: DA SUBESTIMAÇÃO À UNIVERSALIDADE

"The controversy is always present in the field of childhood depression; it just changes from topic to topic."

Miller, 1991

Se bem que o entendimento da depressão tenha surgido, desde tempos ancestrais, enquadrado numa visão orgânica (como acontecia na Melancolia descrita por Hipócrates cerca de 400 anos A. C., tida como originada na bilis negra), seriam as perspectivas etiológicas mais contextualizadas e ligadas às práticas parentais que viriam a fazer supor uma qualquer ligação da depressão com a infância. É assim que a depressão surge explicada, na obra de Robert Burton "Anatomia da Melancolia" (1621, citado em Weller & Weller, 1984), como consequência dos comportamentos interactivos entre pais e filhos, em particular das atitudes educativas dos progenitores. Esse entendimento não implicava, no entanto, a aceitação da sua existência nos mais novos, mas apenas, ao acentuar a natureza básica da relação entre o indivíduo e o meio na etiologia da depressão, colocava a possibilidade dela ter raízes nas experiências da infância.

Apesar disso, não viria a ser no contexto das conceptualizações explicativas do fenómeno que surgiria a aceitação desta entidade antes da

vida adulta: essa aceitação só se concretizaria a partir da experiência clínica e da investigação empírica.

A primeira porta decisiva seria aberta, no início deste século, por Kraepelin (1921), ao publicar dados indicativos de que, na sua amostra de 900 pacientes maniaco-depressivos, 4% tinham tido o seu primeiro episódio antes dos 10 anos (Citado em Costello, 1981). Os primeiros estudos de caso apareceriam, poucos anos depois, com Bleuler (1934, citado em Clarizio, 1989) e com Saussure (1947, citado em Clarizio, 1989). A primeira utilização do conceito de depressão junto das crianças, surgiu pela mão de René Spitz (1945, 1946), ao descrever a sua tão conhecida quanto polémica "depressão anaclítica" (French, 1979).

Seria exactamente com Spitz que, nos anos 40, a temática da etiologia familiar voltaria a emergir com a atenção, dedicada pelo autor, aos distúrbios de separação, perda e vinculação e com o enquadramento que faria dos comportamentos de tipo depressivo, tal como o fizera Bowlby, na sequência de inadequadas relações mãe/filho. A interpretação estrutural predominante nessa altura, em relação à depressão, postulava a sua independência da sua possível etiologia precoce, ela não estaria presente no jovem e só viria a surgir em fases mais avançadas da vida (Freud & Burlingham, 1944). Em consequência, considerava-se que qualquer eventual semelhança sintomática com a depressão típica dos adultos, não corresponderia a uma coincidência no fenómeno estrutural, nem na sua natureza (Rie, 1966).

Foi assim que o nascimento rudimentar do interesse científico pela aceitação pelas perturbações afectivas nas crianças, só foi demonstrado a partir de meados dos anos 80, com a publicação de estudos sobre esta temática. Merece aqui referência particular o número especial de

"The Nervous Child", editado em 1952 e centrado na manifestação de problemas maniaco-depressivos na pré-adolescência (Clarizio, 1989).

Nos finais dessa década, no entanto, a depressão infantil continuava a ser reconhecida apenas por alguns especialistas, mas não pelas entidades científicas dominantes no campo da saúde mental. É assim que a 1ª edição do American Handbook of Psychiatry (Arieti, 1959, citado em Costello, 1981) não incluía ainda a depressão infantil nas suas listagens, nem no seu índice (Toolan, 1962), sendo necessário esperar pela sua 2ª edição, em 1974, para lhe ser dedicado um capítulo completo.

A temática veio a ficar marcada por novas perspectivas descritivas e etiológicas, surgidas nos anos 60. Em 1966, era publicada uma extensa revisão bibliográfica sobre o tópico, feita por Rie que, ao discutir o trabalho de Spitz (vinte anos após a sua publicação) e ao assumir, peremptoriamente, a impossibilidade da depressão antes da puberdade, viria a despoletar, de forma mais intensa, o seu debate e investigação.

O problema voltava a ser reconhecido no 4º Congresso da União de Pedopsiquiatras Europeus que, em 1971, se centrou sobre os "Estados depressivos nas crianças e adolescentes".

Uma análise das publicações no campo da psicopatologia da infância e da adolescência, facilmente confirma como só após meados dos anos setenta a depressão começou a receber reconhecimento e carácter de possibilidade material nestas populações." No início dessa década surgiam

¹⁹ Apesar deste impulso, a aceitação pela comunidade científica tardou a chegar. Em 1974, o conceito não surgia ainda no Glossary of Mental Disorders da Organização Mundial de Saúde, nem na 2ª revisão do DSM da American Psychiatric Association (APA), surgindo apenas na terceira revisão, com um estatuto ainda precário e indefinido. Nem nesta versão do DSM (III-R-1987), nem na mais recente (IV, APA, 1994) a depressão é apresentada como um distúrbio surgido na infância, aparecendo, paradoxalmente, com essa possibilidade na secção de adultos, onde se reconhece que a Depressão Clínica Maior se pode iniciar em qualquer idade, inclusive na 1ª infância (Costello, 1986).

os primeiros estudos de definição e delimitação de critérios de diagnóstico (Ling et al., 1970; Weinberg et al., 1973) e no seu final iria assistir uma definitiva adopção desta entidade clínica nas idades pré-adolescentes, iniciando-se um extraordinário movimento empírico e conceptual, intenso que quase parecia querer recuperar do tempo perdido.

Surgiam, neste período, os três primeiros livros sobre depressão nas crianças e adolescentes, todos eles compilando comunicações apresentadas em congressos: o primeiro, a que a autora desta dissertação não teve acesso, deveu-se a Anna-Lisa Annel (1977) (citado em Fennell, 1979) e editava trabalhos de um congresso realizado na Suécia em 1972. O segundo, editado por Schulterbrandt e Raskin, publicado em 1976, juntava comunicações apresentadas num encontro científico realizado, em 1976, nos E.U.A. e, finalmente, o terceiro, publicado em 1979 por Fennell, organizava artigos provenientes de um outro congresso realizado nos E. U. A., no ano de 1975.

Ainda que todos eles tenham, à sua maneira, contribuído para o avanço do estudo da depressão nas crianças, seria o livro de Schulterbrandt e Raskin que iria revolucionar este domínio.

A influência indelével que esta publicação veio a ter no campo da depressão infanto-juvenil, deveu-se à análise contundente dos dados empíricos até aí existentes e às acérrimas e fundamentadas críticas aos modelos vigentes, realizadas, em particular, no primeiro capítulo do livro assinado por Maria Kovacs e Aaron Beck. As novas propostas teóricas apresentavam, associadas a soluções clínicas alternativas, em particular no campo da avaliação, fazem ainda parte da rede empírico-conceptual

caracteriza este campo no tempo presente.

Nesta história particularmente conturbada e complexa, é fácil perceber que as perspectivas com que a comunidade científica encarou a existência e natureza do problema nos mais novos tenham mudado profundamente, passando mesmo por posições extremadas e contraditórias (Kaslow & Rehm, 1985; 1991). O conceito de depressão clínica antes da vida adulta sofreu assim um lento progredir, tendo-se gasto muitos anos em discussões sobre a possibilidade e forma da sua existência, atrasando profundamente a sua investigação.²⁰

Para chegarmos ao patamar científico em que hoje se encontra o campo da depressão infanto-juvenil - o da sua aceitação e reconhecimento em qualquer idade e em qualquer forma de manifestação - percorreu-se um interessante e complexo percurso. A importância atribuída historicamente às manifestações sintomáticas da depressão, foi assim dando origem a um conjunto de conceptualizações na perspectiva do constructo, que a seguir apresento:

- ignorar e negligenciar a depressão antes da vida adulta, em particular antes da adolescência (Kanner, 1957);
- considerar a depressão clínica nas crianças como questionável, ou, mais que isso, definitivamente impossível antes da adolescência (Mahler, 1961; Rie, 1966 ; Rochlin, 1959);
- entendê-la como existente e frequente, mas "mascarada" (uma entidade patológica interna, não observável), dado apresentar-se numa

²⁰ Para alguns autores, as dúvidas que se colocavam não eram tanto ao nível da possibilidade das crianças experimentarem sintomas depressivos, mas sim de experimentarem a depressão clínica, na forma de síndrome ou de distúrbio (Kazdin, 1989). Para outros, as indecisões colocavam-se nas idades em que tal podia acontecer, nomeadamente na sua possibilidade na 1ª e 2ª infâncias (French, 1979; Weller & Weller, 1984).

extrema variedade de sintomas (os equivalentes depressivos, típico infância), bem distintos dos dos adultos. Supunha-se que a depressão crianças, não evidenciava, necessariamente, os sintomas básicos cen da depressão adulta, não demonstrava padrões claros e estáveis e es subjacente a diversas formas de disfunções psicológicas, sendo enca como a estrutura central comum a grande número de dificuldade comportamento e aprendizagem (Cytryn e McKnew, 1972, 1974; Gla 1968; Malmquist, 1977; Toolan, 1962);

- defini-la como típica, frequente e transitória ao long desenvolvimento normal de crianças e jovens e, portanto, dema comum para ser considerada e tratada como uma patologia, tanto mal tenderia a dissipar-se, espontaneamente, sem qualquer interve terapêutica (Lefkowitz, 1980; Lefkowitz & Burton, 1978);¹¹

- encará-la como uma entidade psiquiátrica distinta e g susceptível de ser encontrada em qualquer idade e cujas caracteri definidoras, a nível pediátrico, se mostram isomórficas ao dist depressivo nos adultos, sem lhe alterar os aspectos essenciais (APA, III, 1980; 1987; Cantwell, 1982; Carlson & Kashani, 1988; Puig-A 1986);¹²

¹¹ Algumas críticas foram tecidas a esta abordagem, denotando-se, em particular, a da visão que lhe subjaz e que entende a psic enquanto definição estatística (Costello, 1980). Esta visão obscurece a importância de critérios como a gravidade, a inte limitação na disfuncionalidade, a temporalidade, etc. na determinação do que é anormal. Por outro lado, o enquadrarm comportamento problemático no contexto do desenvolvimento, não lhe deve retirar o possível impacto ou gravidade, pelo própr que ele poderá representar um precursor de comportamentos problemáticos em idades mais avançadas, em particular de dep adultos. Finalmente, a presença de sintomatologia, tal como defendida neste modelo, não é sinónima de presença de síndrome constelação particular o é - não podendo ser comparável a natureza, o significado, a frequência e incidência de uns e de oute depressão-sintoma pode ser um fenómeno típico e característico do desenvolvimento e a depressão-síndrome não o ser (Kaz). Resta acrescentar que este modelo se mostrou importante ao apontar a possibilidade de variação sintomática ao longo do desen e ao fazer atender à diferenciação entre sintoma, síndrome ou distúrbio.

¹² Como já vimos, a depressão não surge ainda na secção de crianças, nem na 3ª revisão do DSM-III (APA, 1987) nem na 4ª revis IV, APA, 1994), surgindo na secção de adultos com um conjunto de critérios próprios às idades mais novas. O facto de se defini possibilidade do uso comum de critérios, veio a colocar a questão da possibilidade empírica dessa utilização, a qual, no enta

considerá-la como um problema clínico gravoso, com características tão específicas à população mais jovem, devido a considerações desenvolvimentistas, que a impossibilitam de ser adequada e completamente compreendida e abordada através do uso estrito e exclusivo dos modelos usados com os adultos (Achenbach, 1990; Cicchetti & Schneider-Rosen, 1986; Clarizio, 1989).

Na sequência desta síntese, podemos verificar que, historicamente, as conceptualizações da depressão nas crianças e jovens se mostraram um impedimento para o avanço da investigação (Kazdin, 1989).

Comentando a evolução verificada, reconhecemos que, há três décadas, as influências das abordagens psicanalíticas no campo da saúde mental em geral e, em particular, no das crianças, eram suficientemente marcadas para deixar transpôr as suas interpretações para todo o pensamento teórico sobre o assunto e levar os profissionais de saúde mental a negarem, sem mais, a própria existência da depressão na 1ª e 2ª infâncias. Esta negação apoiava-se, quer em razões estruturais de imaturidade psicológica (Garfinkel, 1986; Rochlin, 1959; Rie, 1966; Weller & Weller, 1984), quer mesmo em explicações de incapacidade da criança em reconhecer, perceber e verbalizar as suas emoções (Kashani et al., 1981; Lefkowitz & Burton, 1978).²³

ainda confirmada (Kazdin, 1989). O próprio facto da depressão poder ser diagnosticada da mesma forma, não assegura que as suas formas de manifestação sejam coincidentes. A indicação, no DSM-III e no DSM-IV, de aspectos específicos ao diagnóstico da depressão em determinadas idades, confirma este pressuposto.

²³ Mesmo as conceptualizações que apresentavam a possibilidade da depressão nas crianças, consideravam esta entidade como possuindo uma natureza diferente da depressão clínica adulta. Como já vimos, este é o caso da depressão anaclítica de Spitz (1946) a qual, apesar das semelhanças com a sintomatologia depressiva nos adultos, não surge, na formulação do modelo original, como isomórfica àquele tipo de depressão. A justificação subjacente baseia-se no facto dela ser perspectivada como reactiva/exógena, contrariamente à depressão clínica adulta, que sendo encarada como endógena, vai para além da mera reactividade a acontecimentos específicos do meio (Kazdin, 1989).

Dado que esta entidade não era teoricamente possível, os resultados dos estudos clínicos vieram, a pouco e pouco, impôr, confronto com a realidade dos casos estudados, a aceitação universal da existência do distúrbio antes do início da adolescência (Kovacs e Paulaskas, 1984). O momento seguinte, face ao advento de novos modelos teóricos no campo da saúde mental, veio colocar a questão exactamente extremo oposto (continuando um caminho feito essencialmente de suposições e não de conclusões baseadas empiricamente), inferindo a presença da depressão dum sem número de problemas infantis, considerando-a como ubíqua e vindo a desencadear, no campo, uma transformação radical de perspectivas."

Independentemente da sua validade, esta conceptualização deixava em aberto novas possibilidades e atitudes, em particular a existência do problema junto das populações mais novas, a especificidades que lhe eram inerentes e a da associação com outros tipos de psicopatologias (Costello, 1981; Kazdin, 1989).

Os anos setenta foram assim fundamentais na mudança de visão sobre a temática, já que a hipótese da depressão ser "mascarada" tem subjacente, não só o repto da sua existência antes da vida adulta, ali negada, como a visão de que ela se manifestava de forma radicalmente diferente nestas idades;²⁴ os anos oitenta, por seu lado, trouxeram

²⁴ Esta mudança trouxe um impressionante incremento nas publicações sobre o tema. Como exemplo, podemos referir que, no French e Berlin, já anteriormente referido, publicado em 1979, os autores revêm toda a literatura existente, até aquele momento, sobre depressão pré-adulta e encontram cerca de 300 publicações. Em contraste, num artigo de 1993 sobre a depressão na adolescência, por Petersen e colegas, é descrito que, ao rever no PsycLIT toda a literatura surgida entre 1987 e 1991, usando como entrada as palavras *depressão* e *adolescência*, os autores encontraram 2000 publicações.

²⁵ O facto desta abordagem apresentar uma imensidão de comportamentos problemáticos, típicos das crianças e adolescentes (fobia escolar, enurese, fogo posto, *acting out*, mentira, baixo rendimento ou recusa escolar, hiperactividade, comportamento agressivo, dificuldades de aprendizagem, ansiedade, sinais psicossomáticos ou hipocondríacos, etc.) como sintomas mascarados da depressão e de não os reconhecerem empiricamente - apenas inferindo, pela própria incapacidade da conceptualização proposta - a explicação apresentada, fez-la ser

alargar no volume das investigações, sobretudo nas que reflectiam a confirmação da existência do problema nas idades mais novas, nas demonstrativas da sua frequência e universalidade e nas que procuravam as suas características definidoras e as similaridades adulto/criança (Strober, 1984).²⁴

Ao que parece, foi deixado para os anos noventa o esclarecimento das contradições, o aprofundar das hipotéticas especificidades e diferenciações ao longo da vida e o concretizar das exigências metodológicas.

duras críticas e acabar por cair em descrédito. Com efeito, muitos destes comportamentos co-existem ou estão associados à depressão nos mais jovens, mas existem também em si mesmos como entidades e não como máscara de outras problemáticas (Cantwell, 1990). Além disso, a co-existência não implica, necessariamente, uma relação causal. Sendo tais comportamentos frequentes, como o são nos mais novos, fica a dúvida se algum jovem ficaria isento de diagnóstico de depressão, num ou noutro momento da vida. Está ainda subjacente a esta conceptualização o facto dos sentimentos depressivos serem substituídos por comportamentos-problema; só que, mesmo quando existe associatividade entre o diagnóstico de depressão e estes comportamentos, não está provada uma relação causal entre eles, podendo mesmo supor-se uma relação inversa à proposta por esta abordagem (Clarizio, 1989). A impraticabilidade, ausência de significado clínico heurístico, inconclusividade e inutilidade do modelo de depressão mascarada para as intervenções clínicas, estão bem patentes na literatura (Kaslow & Rehm, 1983; Kovacs & Beck, 1977), o que não impede que, no entanto, se encontrem ainda defensores desta perspectiva (Mishne, 1986).

²⁴ Uma análise dos conteúdos dos primeiros livros publicados sobre a depressão infanto-juvenil dá-nos uma interessante panorâmica sobre as temáticas-prevalentes. O segundo livro existente sobre o assunto (Schulterbrandt & Raskin, 1977) apontava como objectivos essenciais para um avanço e aprofundamento do problema (a) a chegada a consenso quanto aos comportamentos básicos que constituem os seus sinais ou sintomas; (b) o estudo e desenvolvimento de instrumentos de medida; (c) a forma de integrar as informações recolhidas por diversos "avaliadores" (jovem, pais, colegas, professores, clínico...); (d) o desenvolvimento de um abstracto conceptual permitindo realizar com clareza diagnósticos diferenciais; (e) a discriminação de sub-tipos do distúrbio; e (f) uma maior compreensão quanto à origem, evolução dos estados depressivos nas idades mais jovens. A procura de critérios de definição e diagnóstico, a caracterização tipológica, cuidados avaliativos, as preocupações quanto à incidência e consequências da perturbação e o peso do vector desenvolvimentista, que surgirão como fundamentais nos anos oitenta e noventa, estavam já presentes, notando-se ainda dúvidas insolúveis e posições contraditórias sobre a existência e natureza do distúrbio antes da vida adulta. O terceiro livro publicado sobre depressão em crianças e adolescentes (French e Berlin, 1979), apresentava a depressão como "o desenvolvimento de uma ideia", e tentava organizar o já confuso domínio nos campos, descritivo, classificativo, etiológico e terapêutico. Defendia igualmente os primórdios de uma perspectiva desenvolvimentista em diversos dos artigos que o compunham. Como objectivo, desejava poder contribuir para um domínio que viesse a ser produtivo e a levar, num futuro próximo, a critérios de diagnóstico, tratamentos e investigações clinicamente úteis e teoricamente fundadas" (French e Berlin, 1979, p. 11).

Cinco anos depois, Elizabeth Weller e Ronald Weller terminavam o livro que haviam editado sobre o título "Desordens depressivas maiores nas crianças", enfatizando, para o decénio que se seguiria, a necessidade de elucidar a etiologia do problema, identificar subtipos de depressão, para dar resposta à heterogeneidade do conceito e avançar nos campos da sua prevenção e tratamento. Todos estes anos depois, continuamos a colocar as mesmas questões e em busca das mesmas respostas.

3. MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS E ETIOLÓGICOS

"Happiness is not a station you arrive at, but a manner of traveling"

Margaret Lee Runbeck

A determinação da etiologia dos distúrbios psicológicos é um processo revestido de grande complexidade. Perceber, identificar e confirmar as causas que estão na origem e na manutenção de um problema do foro da saúde mental, tem-se demonstrado difícil, apesar das múltiplas tentativas da comunidade científica para o conseguir. Razões do foro metodológico, de ordem técnica, ou ainda de índole conceptual (Kashani et al., 1987) têm caracterizado os entraves dos estudos deste tipo.²⁷

As exigências específicas dos estudos explicativos e etiológicos da depressão têm, cumulativamente, sido demonstradas através da multiplicidade de modelos existentes, da pluralidade de causas defendidas no interior de cada um deles, da diversidade de formas de expressão da depressão e do frequente entendimento empírico desta entidade enquanto sintoma (Kazdin, 1989). A presença concomitante e confusa de modelos

²⁷ Exemplifiquemos algumas das dificuldades patentes no estudo etiológico da depressão. A nível metodológico, o profissional confronta-se com graves problemas nos procedimentos para recolha dos dados, em particular face às limitações dos formatos empíricos (no caso dos estudos de tipo retrospectivo defronta-se com a subjectividade, selectividade e falta de confiança na informação a que tem acesso e nos estudos prospectivos com a morosidade, dispêndio, morte experimental ou dificuldade na identificação de populações em risco). Os entraves de tipo técnico podem concretizar-se na existência limitada de metodologias estatísticas que permitam, de forma fidedigna, reconhecer causas, em vez de apenas apontar correlações. Quanto às limitações conceptuais, elas implicam o enfrentar de imprecisões relativas ao próprio tipo de explicações etiológicas atribuídas, como é o caso dos posicionamentos teóricos que alternam, indecisamente, entre a defesa de causalidades lineares ou circulares, únicas ou múltiplas, internas ou ambientais, quantas vezes acabando por defender a sua combinação sem, no entanto, lhes atribuir importâncias relativas.

meramente descritivos; entre os explicativos e etiológicos, tem igualmente originado, como vimos no ponto 1, algumas imprecisões.

O enquadramento predominante deste problema, dentro da perspectiva semelhante à da medicina física e, tal como noutras áreas de saúde mental, com uma contextualização nosológica vaga e indefinida e um modelo de causalidade linear, única e interna, não tem facilitado a compreensão.

Por estas razões e outras, igualmente complexas, inerentes à investigação junto dos mais novos, o estado actual dos conhecimentos nos permite nenhuma posição conclusiva quanto às causas da depressão nas crianças e jovens. Dado que só recentemente, como já afirmámos, a depressão infanto-juvenil recebeu a atenção cuidada dos investigadores, estudos empíricos sobre hipotéticos factores etiológicos, em particular os socio-psicológicos, que foram talvez dos menos abordados e são aqueles que mais interessam a esta tese, são bastante limitados, em número e em audácia empírica e teórica (Sacco & Graves, 1984).

Podemos considerar duas linhas nos modelos etiológicos existentes: a que abrange a emergência de perspectivas, que partindo dos modelos dos adultos, se foram alargando aos mais novos em procura de isomorfismos e aquela relativa ao surgimento de enquadramentos explicativos desenvolvidos em redor da depressão infanto-juvenil.

A larga maioria dos estudos encontra-se na primeira perspectiva. É de louvar, no entanto, o aparecimento recente e enriquecedor de algumas visões etiológicas mais próprias à depressão na população mais jovem (Burbach & Bordin, 1986; Cicchetti & Schneider-Rosen, 1986; Cumella & Cicchetti, 1990; Hamen, 1992; Miller, Birnbaum & Durbin, 1990).

De entre os modelos propostos, podemos destacar:²⁸

3.1. Modelos biológicos

Apesar de algumas críticas tecidas às conceptualizações que defendem um determinismo de tipo biológico na origem da depressão das crianças (Graham, 1981), foram já descritas e estudadas diversas perturbações fisiológicas associadas com a depressão nos mais novos. Uma possível justificação residirá no facto da depressão se encontrar entre os distúrbios psiquiátricos mais estudados do ponto de vista biológico na população adulta e este facto ter, de novo, extravasado para o campo da depressão infanto-juvenil.²⁹

Com efeito, o surgimento de conclusões sugestivas, parcial ou totalmente confirmatórias da presença de desregulações biológicas nos adultos depressivos, em paralelo com a verificação de analogias no quadro clínico de populações depressivas de diferentes idades, veio a fazer supor a existência de isomorfismos nos marcadores biológicos entre os vários grupos etários; tal levou à realização de pesquisas explorando, nos jovens, os mesmos factores causais que se haviam encontrado nos adultos (e.g. Puig-Antich, 1982; Weller & Weller, 1984).

Os estudos concretizados abarcam, na sua quase totalidade, a

²⁸ A escolha das sub-categorias que se seguem, teria sido fácil se os modelos analisados fossem mutuamente exclusivos do ponto de vista conceptual, mas como tal não acontece, a organização escolhida enforma de alguma arbitrariedade pela dificuldade em delimitar fronteiras estritas entre e dentro de cada modelo. O formato que aqui se apresenta, encontra-se, no entanto, conceptualmente justificado (Kazdin, 1990).

²⁹ Este facto é independente de "ainda não ter sido provada (nas populações adultas) a associação entre as anormalidades biológicas e as depressões não endógenas, não bipolares e não psicóticas, consideradas as mais frequentemente tratadas pelos psicoterapeutas" (Schwartz & Schwartz, 1993, p.35).

depressão clínica grave enquanto distúrbio, a qual, neste contexto teórico, obviamente, encarada como endógena.

A incidência empírica tem abrangido as áreas (1) perturbações na síntese, secreção, acção e metabolismo dos neurotransmissores cerebrais; (2) das desregulações neuroendocrinológicas manifestas em mecanismos hormonais disfuncionais; (3) das alterações do sistema nervoso autónomo e dos ritmos circadianos e sua relação com outros ritmos biológicos; (4) das mudanças ao nível da arquitectura do sono, ligadas a possíveis disfunções neuronais; e (5) da transmissão familiar genética desta patologia (Kazdin, 1990; King et al., 1987).

Tem-se pretendido compreender o valor de traço ou de estado destes marcadores biológicos ao estudá-los, não apenas durante o episódio depressivo, mas igualmente antes e após a sua ocorrência; procura-se também perceber a sua utilidade clínica enquanto testes de diagnóstico e indicadores de prognóstico (Puig-Antich, 1984).

Do mesmo modo, as intervenções terapêuticas farmacológicas aqui também referidas, surgiram a desempenhar um papel exploratório e confirmatório das influências biológicas na depressão (Weller & Wolkstein, 1984).

As perturbações biológicas têm sido investigadas através de pesquisas enquadradas em diversos modelos teórico-empíricos, os quais, no entanto, não se apresentam como mutuamente exclusivos; por razões históricas, empíricas e pedagógicas, tendem a subdividir-se na literatura existente (Kazdin, 1990). Consideramos aqui os modelos (1) bioquímico, (2) neurofisiológico/endócrino, (3) de ritmo circadiano/arquitetura do sono, e (4) genéticos. Assim temos:

...o **modelo bioquímico**, que defende a existência de anormalidades bioquímicas específicas aos sujeitos com distúrbio depressivo e as encara como indicador de causa biológica.

O metabolismo das monoaminas (MHPG) na secreção urinária (Cytryn et al., 1974), as medidas de sangue e de plasma (COMT), as características das membranas das células (estudo com lítium) e as monoamina-oxidases (MAO) encontram-se entre os marcadores bioquímicos mais estudados.

A procura de confirmação da importância destes vectores na depressão (uni e bipolar) tem surgido assim dos estudos da concentração das aminas e seus metabolitos na urina, plásmo e fluido cerebro-espinal, os quais têm indicado alterações no equilíbrio e no funcionamento dos neurotransmissores nos depressivos adultos, quer em forma de défice nessas concentrações (no caso da depressão), ou de excesso (no caso da mania).

Mais concretamente, tem-se investigado o metabolismo das monoaminas - catecolamina e/ou indolamina - que se crê estar perturbado nos adultos depressivos e que alguns estudos parecem indicar também disfuncional nas crianças com este problema (Cytryn et al., 1974; Weller, Weller e Fristad, 1984). A hipótese subjacente é a de que o humor é dependente do metabolismo e da síntese da norepinefrina do sistema nervoso central, sendo que os factores que levam a um aumento dessa síntese e desse metabolismo, provocarão euforia e os que desencadeiam uma baixa nesses processos levarão à depressão (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987).

Algumas anormalidades no ritmo da melatonina, com estudos raros e nem sempre conclusivos, mas com sugestões parcialmente confirmatórias nas crianças depressivas (Cavallo, Holt, Hejazi, Richards &

Meyer, 1987), indicam um decréscimo da sua secreção, ao nível da concentração no plasma, concorrendo para sugerir alterações específicas no nível da função dos neuro-transmissores nas populações mais novas.

As terapias farmacológicas, através do uso de substâncias químicas que aumentam o *output* das catecolaminas e que actuam como anti-depressivos e das substâncias químicas que baixam esse *output* actuando como anti-maníacos, têm igualmente apontado para a veracidade desta hipótese (Cavallo, Holt, Hejazi, Richards & Meyer, 1987).

Foram realizados, com adultos, um sem número de estudos envolvendo enzimas, receptores e metabolitos, que de alguma forma relacionassem com as catecolaminas ou com outros neurotransmissores. Actualmente, crê-se que existe uma baixa na quantidade de serotonina cerebral, prévia ao estado depressivo, que leva à manifestação de redução no nível da catecolamina, evidenciando alterações, não apenas durante o episódio depressivo, mas também antes ou depois dele ocorrer. A análise da complexidade, atingida pela especulação teórica destes modelos, está para além dos objectivos deste trabalho.

As investigações desenvolvidas com crianças dentro destes domínios têm sido, francamente, escassas e limitadas na informação a elas dão acesso. De salientar, apenas interessantes evidências preliminares de diferenças entre grupos etários, que vieram sugerir mudanças específicas associadas à idade e, conseqüentemente, à maturação fisiológica (Kashner et al., 1981; Puig-Antich & Weston, 1983). Estas pesquisas demonstram igualmente, a importância e a dificuldade em controlar rigorosamente as variáveis neste tipo de estudos (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987).

A intrusividade consequente às exigências técnicas de alguns métodos utilizados para o estudo do metabolismo cerebral não

facilitado o seu uso junto das crianças, tanto mais que as implicações clínicas das conclusões a que poderiam chegar, não justificariam o rigoroso controlo das metodologias empíricas.

O **modelo neurofisiológico/neuroendócrino** tem tentado explorar a associação entre padrões de funcionamento endocrinológico e neurológico e a origem da depressão (Poznansky, 1982).

O envolvimento, quer de receptores quer de neurotransmissores, na resposta hormonal à depressão, tem sido relativamente aprofundada nos adultos e têm sido estudados, em especial, o sistema endocrinológico e as secreções hormonais.

A noradrenalina, a acetilcolina, a dopamina, a catecolamina, consideradas relacionadas com os distúrbios depressivos, regulam os agentes neuroendócrinos que controlam a função pituitária e as respostas hormonais, levando a que deficiências nestes neurotransmissores, mediadores da acção das hormonas, se reflectam em deficiências nas respostas hormonais (Kazdin, 1987a).

A procura de correlatos endócrinos tem abarcado estudos sobre sistemas hormonais diversos e tem-se centrado em especial (1) nos estudos relativos aos níveis de variação diurna do cortisol; (2) na hipersecreção do cortisol; (3) na resistência à supressão do cortisol em resposta ao DST (dexamethasona); e (4) na resposta da hormona do crescimento à hipoglicémia induzida pela insulina.

Os dados têm mostrado, com mais frequência, semelhanças entre as várias populações ao longo do ciclo de vida (Puig-Antich, 1982) mas, nalguns casos, as informações recolhidas junto dos mais novos negam semelhanças com as dos adultos e, quando o não fazem, a sua

especificidade é baixa e as conclusões relativas às crianças e adolescentes tendem a ser contraditórias.³⁰

É o caso dos padrões de secreção do cortisol em que os dados confusos, contrastam de longe com aqueles encontrados junto dos adultos com depressão endógena (nos quais 40% demonstra uma hipersecreção), que algumas crianças pré-púberes demonstram igualmente hipersecreção, mas muitas outras manifestam uma secreção semelhante às crianças normais (Weller et al., 1984).

Segundo Burke e Puig-Antich (1990), a idade dos sujeitos e o nível de stress poderão ser as variáveis responsáveis pelas diferenças nos resultados evidenciadas ao longo do ciclo de vida, sendo que muito mais investigações deverão realizar-se para esclarecer esta relação.

O Teste de Supressão da Dexametasona (DST) tem sido largamente usado como auxiliar de diagnóstico na depressão endógena em adultos (Poznansky et al., 1982), permitindo estudar os níveis de cortisol passíveis de discernir a depressão endógena (Puig-Antich, 1990), bem como a sua respectiva normalização após intervenção terapêutica (Puig-Antich et al., 1979a e b).

Só recentemente este teste foi utilizado como instrumento de detecção da depressão em crianças e adolescentes (Naylor et al., 1990), o que não é de estranhar face às dúvidas quanto à sua utilidade e validade com estas populações. Com efeito, quando usado como instrumento de despiste, o teste encontra-se correcto apenas 12% das vezes (Weller, 1990), ainda que as crianças que não demonstram supressão - cerca de 50%

³⁰ Apenas a título de exemplo, denotemos que a evidência, inicialmente encontrada e entusiasticamente acolhida, de que a hipersecreção de cortisol seria mais sensível com crianças depressivas pré-púberes do que com adultos (Puig-Antich et al., 1979), não veio a ser confirmada em estudos posteriores (Burke & Puig-Antich, 1990).

depressivas - apresentem uma percentagem mais elevada de reincidência de sintomas (Weller & Weller, 1990).

É grande a variabilidade dos resultados encontrados junto das populações infanto-juvenis, sendo que o DST se demonstra com menos precisão em crianças e adolescentes do que nos adultos, variando nas percentagens de validade preditiva, especificidade e sensibilidade e, por vezes, nem se correlacionando com o diagnóstico de depressão. O teste DST demonstra-se igualmente incapaz de diferenciar entre sub-grupos depressivos e entre vários graus de gravidade (Cavallo, Holt, Hejazi, Richards & Meyer, 1987).

Na origem destas inconsistências estão, concerteza, diversos problemas metodológicos, mas a evidência, nalguns dos estudos, de que há jovens depressivos com hipersecreção do cortisol, parece fazer supor que o método utilizado para estudar a perturbação nestas idades não tenha sido o melhor. É assim que alguns autores propõem o uso de outras metodologias para superar aqueles limites, como é disso exemplo a medição do cortisol salivar, domínio em que alguns estudos preliminares têm demonstrado resultados promissores (Foreman & Goodyer, 1988).

Em contrapartida e tal como nos adultos depressivos, existe alguma evidência, nas populações mais novas, de hiposecreção da hormona do crescimento em resposta à hipoglicémia induzida pela insulina (Puig-Antich et al., 1979a e b; Puig-Antich et al., 1982b e d). No entanto, os resultados, de novo não homogêneos neste domínio, sugerem uma possível e forte ligação com a idade, em particular face à evidência de hiposecreção a nível pré-púbere, mas não a nível da adolescência (Burke & Puig-Antich, 1990). A idade e a maturação fisiológica surgem pois, uma vez mais, como possíveis factores de interacção e mediação entre as alterações encontradas

e estes índices biológicos.

Os padrões de secreção da hormona de crescimento, patente em jovens depressivos parecem, nalguns casos, não se alterar durante remissão clínica, fazendo supor que reflectirão um traço e portanto predisposição para os distúrbios depressivos (Puig-Antich et al., 1982).

Algumas alterações a nível da função de lateralização hemisférica, vistas em medidas neurológicas e de lateralização das funções, reduzida ou baixa sensibilidade auditiva e lateralidade dicótica alterada têm merecido uma breve atenção, sugerindo a sua associação, por vezes, com anomalias ao nível da função cognitiva (Bruder, Puig-Antich, Berger-Gross & Ausubel, 1987; Kaslow et al., 1983).

De novo aqui as interpretações das inconsistências reflectem uma possível interacção entre a depressão e a idade. Assim, a sensibilidade auditiva e a fidelidade do ouvir dicótico levantam a possibilidade de estarmos face a fenómenos dependentes da idade dos sujeitos, já que crianças pré-púberes e os adolescentes depressivos não manifestam o mesmo tipo de anormalidades (Bruder, Puig-Antich, Berger-Gross & Ausubel, 1987).

As perturbações do ritmo biológico (do humor, do sono, do apetite, da actividade autonómica), em conjunto, sugerem desequilíbrio no funcionamento do hipotálamo ou do sistema límbico, a nível do SNC, onde se regulam essas funções (Puig-Antich, 1984), mas os estudos em domínios têm sido praticamente inexistentes. Os que se conhecem são revistos em seguida.

modelos da arquitectura do sono e do ritmo circadiano

As pesquisas desenvolvidas neste campo têm tentado confirmar a presença de formatos e desregulações próprias à arquitectura do sono e ao ritmo circadiano, enquanto mecanismos mediadores da expressão clínica e/ou da predisposição para os distúrbios depressivos.

Especificamente, os estudos que têm sido desenvolvidos sobre as características próprias ao sono dos depressivos (menos ondas delta, alterações na latência do sono tipo REM, maior densidade do sono REM, perturbação da continuidade do sono, diminuição da quantidade de sono profundo, carácter intrínseco dos tipos e conteúdos de sonhos), têm sido realizados, quase exclusivamente, na população adulta (Cavallo, Holt, Hejazi, Richards & Meyer, 1987; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987).

Dos poucos estudos que se conhecem nas crianças, os resultados são, basicamente, inconclusivos, já que (a) certas anomalias surgem evidenciadas nalguns estudos, mas a maioria não o confirma (Puig-Antich et al., 1982);³¹ (b) a análise destes vectores não mostra diferenciar entre os grupos depressivos e não depressivos (Burke & Puig-Antich, 1990; Puig-Antich et al., 1982); e (c) o número francamente reduzido de pesquisas com populações jovens, nestes domínios, não permite ainda a exclusão ou confirmação de hipóteses.

A sugestão de algum tipo de relação com a idade dos sujeitos, (em particular a conclusão de que quanto mais novo é o sujeito depressivo menos alterações de sono manifesta [Puig-Antich, 1984]), levantou a

³¹ Por exemplo, contrariando muitos outros dados (Puig-Antich et al., 1982), um recente estudo de Emslie e colegas (1990) mostra a redução na latência do sono REM em crianças depressivas.

hipótese de que as diferenças nos resultados encontrados sejam, mais
vez, secundárias aos factores de maturação. Os dados até aqui recolhi-
indicam que o sono possa ser um marcador de um traço funcional par-
crianças em risco de depressão, já que algumas das alterações presente-
manifestam, não durante o episódio depressivo, mas sim em remis-
tempos depois da sua ocorrência (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; 1
Antich et al., 1982).

A conceptualização duma anormalidade ao nível do ciclo
acordar-dormir levou ao desenvolvimento de terapias de privação do s-
defensoras da possibilidade de, através da acção clínica, provoca-
ressincronização dos ritmos circadianos. Ainda que não existam est-
sobre possíveis alterações destes ritmos nas crianças (Kazdin, Rancu-
& Unis, 1987), foram já tentadas, nas populações mais jovens, este tip-
terapias, as quais revelaram algum sucesso; no entanto, por ra-
metodológicas, conceptuais e éticas, os resultados devem ser interpret-
com cuidado (King et al., 1987).

O facto destes modelos implicarem, essencialmente, "uma an-
caracterial e descritiva dos sujeitos depressivos, mais do que hipó-
inferenciais quanto à fisiologia patológica subjacente" (Kazdin, Rancurel-
Unis, 1987, p. 18) coloca-os numa posição criticável quanto a poss-
conclusões etiológicas.

O **modelo genético** tem tentado demonstrar a existência de
factor de transmissão hereditário, ou de predisposição genética, na or-
da depressão.

Diversos estudos apontam no sentido da existência frequen-
uma história de depressão na família das crianças e adolesce-

depressivos (Burke & Puig-Antich, 1990; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; Weller & Weller, 1984). Para explorar este tópico têm sido utilizadas, *grosso modo*, duas metodologias: a da história familiar retrospectiva, centrada nas gerações anteriores da criança e do adolescente depressivo e a da história familiar actual, baseada em estudos de filhos de adultos diagnosticados com distúrbios depressivos uni e bi-polares. Dentro de cada um destes formatos de pesquisa têm surgido dois sub-grupos metodológicos: o das investigações envolvendo a comparação entre gémeos mono e dizigotos e o da análise comparativa entre situações de adopção e de parentalidade biológica.

Através destas várias explorações empíricas, tem-se confirmado (1) que existe uma maior probabilidade ou risco dos sujeitos jovens com familiares depressivos terem o distúrbio ou de, na presença de jovens depressivos, se encontrar uma história de depressão na sua família (Kazdin, 1990; Puig-Antich et al., 1978a e b; (2) que quanto mais relacionadas geneticamente estão as pessoas, maior é a possibilidade de partilharem distúrbios afectivos (Wierzbicki, 1987b); (3) que existe uma relação inversa entre a idade de início da depressão e a densidade de distúrbios afectivos nas gerações anteriores (Puig-Antich, 1984, 1987; Strober, 1984); e (4) que estas perturbações são mais frequentes nas crianças adoptadas com pais biológicos depressivos (Cadoret, 1978). Tal é patente na elevada incidência de manifestações de depressão em filhos de pais depressivos¹¹ e nas percentagens, claramente mais elevadas, de incidência de depressão em gémeos monozigotos, quando comparados com

¹¹ A probabilidade de uma criança ou adolescente ser depressivo duplica se um dos pais for depressivo e quadruplica se ambos estão perturbados afectivamente (Puig-Antich, 1984).

heterozigotos" (Burke & Puig-Antich, 1990), quer a nível da gravidade quer da instabilidade dos sintomas e mesmo nas situações em que os estudos não envolvem depressões clinicamente diagnosticadas, mas apenas sujeitos com depressões consideradas sub-clínicas (Wierzbicki, 1987b).

Estas conclusões não esclarecem, no entanto, a natureza da influência genética em jogo, desconhecendo-se o peso relativo dos factores biológicos e ambientais nesse processo. Se é necessário que a investigação demonstre como o genótipo contribui para a expressão fenotípica do fenómeno clínico (Kazdin, 1987a; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987) e se e quais são os genes responsáveis por esta transmissão, é igualmente fundamental que nos esclareça se essa influência é determinista, inevitável, ou vulnerabilizante e apenas manifesta em certas condições ambientais. Finalmente, necessitamos compreender se este peso biológico está implicado nos vários subtipos depressivos, em especial nas depressões graves, ditas endógenas, bem como nas suas manifestações menos severas como são as depressões ditas reactivas. Está aqui subjacente a dúvida fulcral quanto à continuidade destas entidades ao longo da vida (Wierzbicki, 1987b):

De notar, como crítica a estas abordagens, que os dados existentes implicam que uma boa percentagem das depressões têm o origem que não a genética.

³³ Os gémeos idênticos têm uma probabilidade 4 a 5 vezes superior de mostrar concordância em diagnósticos de Distúrbio Depressivo Maior do que os gémeos não idênticos (Petersen et al., 1993).

O uso de fármacos na depressão infanto-juvenil

Ainda que alguns autores defendam que as melhorias nas condições psicológicas das crianças, na sequência da administração de determinado fármaco, não significam, por si só, que a criança tenha qualquer tipo de défice biológico específico (Connors, 1977; Gittelman-Klein, 1977), o advento da medicação anti-depressiva eficaz veio sugerir a confirmação de certo tipo de hipóteses de base bioquímica.

Os resultados encontrados junto das crianças em termos (1) de eficácia e insucesso terapêuticos; (2) de escassez e limitações metodológicas profundas; (3) de especificidades etárias, sexuais, genéticas, fisiológicas e desenvolvimentistas na forma de absorção, metabolização e eliminação dos fármacos; ou ainda (4) de efeitos secundários e reacções nefastas à medicação; fazem deste domínio um campo francamente controverso (Rapoport, 1977).

Desde os primeiros estudos empíricos controlados, dedicados a investigar a relevância e implicações do tratamento farmacológico anti-depressivo em crianças com depressão (Brumback, 1977; Frommer, 1967; Ling, 1970; Weinberg et al., 1973) que os dados, por variáveis e confusos, se mostram difíceis de interpretar apesar de apresentarem certas tendências conclusivas.

Por um lado, encontramos melhorias, ainda que nem sempre marcadas, em domínios e sintomas particulares (mudanças a nível do peso, apetite, insónias, disforia, prazer nas actividades e ideação suicida), com o uso da medicação tricíclica, em especial da imipramina (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; Puig-Antich et al., 1979a e b; Puig-Antich & Gittelman, 1982; Weller & Weller, 1984b), quando há uma história familiar

de boa reacção a anti-depressivos (Maag & Forness, 1991) e quando depressões tendem a ser de tipo agudo (Rutter & Garnezy, 1983).
contrapartida, verificamos que a evidência de um efeito anti-depressivo dos fármacos utilizados não foi sempre demonstrada (Rapoport, 1977) e que alguns dos fármacos comumente utilizados junto dos adultos têm resultado em situações clinicamente duvidosas, perigosas terapêuticamente ineficazes. É este o caso do uso de inibidores monoamino oxidase (MAO) ou do lítium, os quais são contraditórios termos de sucesso e desaconselhados ou duvidosos para uso com crianças depressivas (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987).

Burke e Puig-Antich (1990) defendem, a este propósito, que a presença de hormonas sexuais como o estrogénio poderá levar à inibição da actividade MAO, resultando em conclusões específicas para os grupos de adolescentes, em contraste com o das crianças. Tal como nas rubricas anteriores, a presença de mediadores etários e maturacionais, particular da puberdade, poderá justificar as conclusões encontradas e apontar perspectivas para novas hipóteses.

Dado que, por razões metabólicas e farmacocinéticas, as crianças necessitam e toleram doses de medicamentos anti-depressivos semelhantes às dos adultos (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987), ficam consequentemente sujeitas aos mesmos efeitos secundários e a outros que lhe são específicos. É assim que as influências sobre as competências cognitivas e educacionais necessitam ser bem avaliadas, dadas as implicações muito próprias para a população escolar (Maag & Forness, 1991) e, em simultâneo,

¹⁴ Este facto sugere, a alguns autores, a presença de um mecanismo bioquímico subjacente comum entre as populações pré-adultas e, provavelmente, de uma patofisiologia coincidente (Preskorn, 1984).

monitorização, e análise dos efeitos dos medicamentos no metabolismo neuroendócrino, nos níveis plasmáticos, nas secreções hormonais, na arquitectura do sono e nos metabolismos bioquímicos deve ser desenvolvida em profundidade (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; Preskorn, 1984).

Em síntese, as discordâncias patentes nos dados provenientes dos estudos biológicos da depressão em populações infanto-juvenis, parecem advir (1) dos critérios discordantes utilizados para definir a depressão; (2) das metodologias usadas para a medir; (3) dos diferentes sub-tipos de depressão em estudo; (4) das idades da amostra; (5) do grau de maturação fisiológica do sujeito; (6) das experiências de vida; (7) da não especificidade dos testes e marcadores biológicos utilizados e (8) da ausência de estudos metodologicamente correctos (envolvendo grupos de controle, substâncias placebo, etc.) (Kazdin, 1987a; Puig-Antich et al., 1979a e b, 1985; Rapoport, 1977).

Assim, pela sua natureza meramente exploratória, estes trabalhos poderão apenas, de momento, ser classificados como promissores, já que, dos dados disponíveis, nalguns casos se extrapola um certo paralelismo entre os marcadores biológicos nas populações adultas e pré-adultas (Cantwell, 1983; Cytryn & McKnew, 1974), mas, noutros casos, se reconhecem muitas assincronias, dados inconclusivos, ou negação das hipóteses colocadas para os adultos (Burke & Puigh-Antich, 1990).

Ainda, a associação da depressão com estados biológicos particulares, não levou ao surgimento de um modelo abrangente e coerente, que possa explicar, de forma universal, a relação desta psicopatologia com as deficiências encontradas (Kazdin, 1990). Em simultâneo, algumas conclusões são ambíguas naquilo que significam, como é o caso da

confirmação da transmissão familiar da depressão a qual a simultaneamente e sem discriminar, quer a importância dos factores genéticos, quer a dos factores ambientais (Burke & Puig-Antich, 1990).

Os críticos destes modelos questionam ainda se não será existem outros marcadores biológicos diferentes dos estudados com adultos, que não tenham sido explorados junto das crianças e adolescentes dada a "colagem" aos modelos dos mais velhos (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984).

É de referir, no entanto, que os modelos mais recentes sobre depressão, ou as últimas formulações de modelos já existentes, seja qual o seu quadrante teórico, tendem, cada vez mais, a incorporar e sublinhar o peso biológico nas suas conceptualizações causais (Beck, 1987; Nezu, & Perri, 1989; Young, Beck & Weinberger, 1993).

Globalmente, poderemos então afirmar que são equívocos inconclusivos os resultados relativos à etiologia biológica da depressão, tanto mais que dificuldades metodológicas, em particular o diminuto número de pesquisas e consequentemente de jovens estudados, diferenças na determinação dos grupos, bem como as dúvidas e discussões relativas à utilidade de alguns destes indicadores e testes nas idades jovens e neste problema em particular (para a qual parecem ser sensíveis mas não específicos), têm enevoado possíveis conclusões menos arbitrárias. A exploração das diferenças a nível etário e maturacional, da diferença clara de subtipos e da influência biológica - esta perspectivada em termos de vulnerabilidade e relação bidireccional com as experiências de vida com as características e competências próprias ao sujeito, em contraponto ao determinismo e unilateralidade - poderão trazer-nos, no futuro, conclusões mais congruentes.

3.2. Modelos psicossociais

3.2.1. Modelos psicodinâmicos

A grande variedade de perspectivas etiológicas surgidas, ao longo dos anos, dentro dos modelos psicodinâmicos, atesta a existência de visões contraditórias sobre a natureza e a possibilidade da depressão nas crianças. As diversas hipóteses causais levantadas traduzem a procura de consonância com a experiência clínica e com o real e espelham, quer a fecundidade teórica, quer as perspectivas evolutivas e críticas que se escondem debaixo do mesmo tecto conceptual.

Consoante os autores, os vários modelos vieram defender a origem da depressão, ora como mais dependente das estruturas psíquicas internas, ora da experiência; no entanto, todos apontaram, com maior ou menor relevo, as inadequações do processo afectivo-relacional com os progenitores, como o aspecto fulcral no surgimento desta patologia.

Os teóricos psicodinâmicos tradicionais que, como já vimos no capítulo 2, argumentaram durante muitos anos contra a existência de distúrbios depressivos nas crianças, defendiam que a ocorrência da depressão estava dependente do superego, quer a sua emergência se devesse a agressão contra o próprio *self*,³³ a impulsos libidinais, a conflito provocador de culpa ou a auto-estima baixa subsequente a discrepâncias significativas entre os *self* real e ideal (Schwartz & Schwartz, 1993).

³³ *Self* é aqui conceptualizado como um esquema cognitivo que facilita a organização, codificação e memorização de informação relevante sobre o próprio (Dance & Kuiper, 1987).

Analisemos, sucintamente, estas diferentes perspectivas conceptuais.

Uma vez que o superego era uma entidade que só se desenvolve e definia a partir do final da infância e só estabilizava, totalmente, no fim da adolescência, tornava-se impossível vivenciar o distúrbio ou o síndrome depressivo verdadeiro antes da puberdade (Rie, 1966; Rochlin, 1959). Depois da adolescência poderia assim o sujeito virar a hostilidade contra o superego manifestando-a numa "culpa e desesperos contidos", resultantes de um superego indiscriminadamente auto-punitivo e vir a convertê-la em depressão. Esta seria por isso entendida como uma acção defensiva, de negação ou repressão, contra a perda ou dór emocional.

Era essa a explicação que surgia no próprio modelo de melancolia de Sigmund Freud (1917), que considerava a depressão como uma necessidade constitucional excessiva de apoio na estimulação oral (como fonte de prazer e segurança), necessidade essa que provocava uma necessidade premência de contacto físico e de permanente confirmação de amor, vulnerabilizando o sujeito para qualquer forma de rejeição ou perda (Malmquist, 1971).

Globalmente, a melancolia/depressão era entendida como reacção à perda, real ou imaginada, do objecto amado. Assim, a insatisfação dos instintos libidinais (vivida na sequência da perda desse objecto, no qual o sujeito havia investido energia emocional), associada a sentimentos contraditórios face a esse objecto, podia provocar uma reacção melancólica anormal e persistente, correspondente à actualmente designada Depressão Maior.

Essa perda, concretizada no *terminus* de uma importante relação, podia acontecer de duas formas: ou pela experiência da morte de um

progenitores, ou pela vivência de uma interação negativa com um pai ou mãe, marcada por intensa rejeição e crítica.

Este último caso, particularmente premente para a depressão infanto-juvenil e para os modelos actuais, era explicado através do pressuposto de que, ao identificar-se com os valores e ideais dos pais que amava, mas que o rejeitavam e criticavam, o sujeito, enraivecido e magoado e vivenciando sentimentos ambivalentes, virava a raiva sentida contra o "outro introjectado", quer em forma de agressão (Rochlin, 1965), quer de culpa (Beres, 1966) e iniciava uma batalha entre ego e superego, em que o conflito interno levava o indivíduo ao auto-criticismo e à auto-rejeição (Abraham, 1927; Freud, 1917; Mahler, 1961). Os sintomas depressivos espelhariam, portanto, este violento e inconsciente conflito interno. A etiologia da depressão envolvia assim, nesta perspectiva, quer as variáveis constitucionais, quer as experiências de infância.

A ausência de investigação destas teorias, possivelmente justificada na dificuldade da sua validação empírica, não permitiu que elas se cimentassem em bases científicas e não possibilitou, assim, que ultrapassassem o estatuto especulativo e acessem a uma possível confirmação.

Alguns anos mais tarde, surgiam outros modelos, estes mais apoiados em dados empíricos. É o caso das abordagens de Spitz e Bowlby, explicando, igualmente, a perda do objecto como o mecanismo causal para a depressão, os quais vieram a colocar interessantes e desafiadoras questões dentro da teoria psicodinâmica.

Em ambos os modelos se encontrava, subjacente à depressão, a separação da figura de vinculação - com consequente ruptura da ligação

afectiva fundamental - como o elemento precipitador no surgimento do problema (Spitz, 1946; Bowlby, 1981).³⁶

É interessante notar que, apesar das semelhanças com a sintomatologia depressiva nos adultos, a depressão anaclítica de Spitz surge, na formulação do modelo original, como isomórfica àquele tipo de depressão, dado ser considerada de origem exógena, contrastando com a suposição de causalidade endógena (estrutural, baseada no super-ego) da depressão adulta. Assim, apesar de Spitz ser um dos primeiros autores a descrever nas crianças um quadro clínico depressivo isomórfico ao observado na depressão dos adultos, ele não acreditava que os mais novos tivessem estruturas do ego suficientes para desenvolver a verdadeira depressão; daí a razão da nomeação específica que lhe atribuiu, onde subjacente à noção de dependência (Powell & Bettes, 1992).³⁷

Outros autores dinâmicos desenvolveram, dentro da perspectiva da teoria analítica, perspectivas alternativas mais abrangentes. Nalgumas destas abordagens, a depressão era possível nas crianças (Anthony, 1961; Bibring, 1961; Klein, 1935), quer em forma de estado depressivo clínico grave, quer em formas mais suaves. Considerava-se que a depressão variava de acordo com o desenvolvimento psicosexual, com as aptidões

³⁶ Michael Rutter sublinhava, ainda recentemente (1986), o reconhecimento a dar a esta perspectiva vinculativa, dado o vácuo atribuído à perda enquanto factor etiológico, a qual, além de ter vindo a receber alguma validação empírica, serviu de incentivo ao desenvolvimento de teorias alternativas (Beck, 1967; Bowlby, 1980; Seligman, 1974).

³⁷ Em 1992, Powell e Bettes discutiam se a causa era a separação da mãe e consequente perda do objecto amado, ou antes a privação sensorial à que seriam votados os bebés envolvidos nesta experiência de perda. O surgimento de um quadro clínico semelhante em crianças não hospitalizadas, nem internadas em instituições, reacendeu a questão, ao fazer nascer uma nova entidade de diagnóstico - o ICD-10 em Crescer Não-orgânico (Non-organic Failure to Thrive). Segundo Powell e Bettes (1992) esta entidade, em tudo semelhante à depressão anaclítica menos na hipótese causal subjacente, será o distúrbio afectivo típico da primeira metade do primeiro ano de vida. A compreensão poderá vir a alargar a noção de Spitz, dadas as características sintomáticas semelhantes associadas a uma natureza di

cognitivas e perceptivas e com a experiência.

Num destes enquadramentos, a depressão aparecia entendida em termos de funcionamento do ego. O modelo de Bibring (1961), típico desta perspectiva, explica a depressão como uma perda de auto-estima em que o sujeito experiencia desânimo e desesperança ao não conseguir atingir os objectivos do *self* ideal. Essa perda transformar-se-á num factor que impedirá o atingir desse ego idealizado e irá levar a uma hostilidade secundária. A auto-estima baixa, provocada por uma discrepância entre o *self* real e o *self* ideal, leva a que o superego fique dependente, em grande medida, dos objectos externos e a que pequenos desapontamentos possam provocar fortes reacções depressivas (Bibring, 1961; Weller & Weller, 1984a; Rie, 1966).¹⁴

A evolução desta perspectiva levou à crença de que os sintomas depressivos serviriam para proteger o sistema de *self* do sujeito e atingir os seus objectivos, bem como para comunicar aos outros a necessidade de apoio face ao desespero vivido (Bash, 1980; 1988, citado em Schwartz & Schwartz, 1993).

Estendendo esta perspectiva relativa à auto-estima baixa ao conceito de "outro dominante" (Arieti & Bemporad, 1980), houve quem interpretasse a depressão como uma consequência de exigências extremas dos outros significativos ao sujeito (os *dominantes*), em particular dos pais ou dos esposos. As imposições sentidas pelo sujeito, as incapacidades em responder aos objectivos impostos e as impossibilidades em satisfazer os

¹⁴ Alguns autores, incluindo-se dentro desta mesma visão etiológica ligada à auto-estima, continuam a defender a impossibilidade da existência da depressão na infância dado que, só na adolescência se desenvolve, totalmente, uma imagem estável da auto-representação e só, nessa altura, se poderá manifestar o distúrbio depressivo e a capacidade de vivenciar o afecto primário, concretizado na experiência do desespero.

outros, estimulariam ao aparecimento de desânimo e desespero associados a auto-estima baixa, levariam, em última análise, à depressão. Arieti, em 1982 e Bemporad, em 1985, incorporam nas suas teorias o conceito de personalidade depressiva, considerada, a par da ideologia depressiva (Arieti, 1982), da dependência patológica e da auto inibição (Bemporad, 1985), os alicerces da depressão clínica.

O modelo de Melanie Klein (1935; 1945) merece também o devido relevo, dado se encontrar entre os primeiros que defenderam a existência da depressão (designada ansiedade depressiva) desde os primeiros meses de vida, em particular no estágio do desenvolvimento oral. A autora sugeriu que, na sequência do impulso psicológico de integração, o bebé atingia o reconhecimento de si próprio e da sua mãe como objectos totais. Este reconhecimento trazia-lhe a descoberta de que o mesmo objecto era fonte de prazer e de frustração (a mãe era simultaneamente fonte das experiências boas e das más) e o mesmo sujeito podia amar e odiar. O próprio se descobria a vivenciar os dois tipos de experiência emocional. A consciência de amar e odiar a mãe tornava-o receoso de que a sua agressividade pudesse vir a ferir ou a destruir esse objecto central na sua vida, vindo em consequência a adquirir a capacidade de sentir depressão quer normal, quer anormal. Estes primeiros sentimentos de culpa, pesar, de medo de perda insubstituível e de luto, sobressaíam das fantasias de incorporação. A experiência de qualquer ausência da mãe era então vivida como se da morte se tratasse, levando o bebé a sentir que perdera - e ele próprio destruíra - o objecto externo e interno representado pela mãe. Inconscientemente desenvolveria processos e defesas para lidar com a depressão e se não conseguisse tolerar estes sentimentos,

depressivos, poderia vir a sentir depressão anormal, em vários graus de gravidade.

Apesar deste processo, quando dentro dos limites normais, ser entendido como parte integrante do desenvolvimento, era entendido que ele viria a ter influências relevantes para as adaptações futuras: qualquer situação de perda desencadearia, de novo, estes sentimentos e estas experiências depressivas dolorosas (Scott, 1969; Wolman, 1976).

Dentro dos modelos analíticos actuais, salienta-se a abrangência, em simultâneo, de conceitos de outras abordagens, como a cognitiva e a da aprendizagem social. Blatt (1974) e Blatt e colegas (1976) propõem uma teoria etiológica da depressão, baseada, mais uma vez, nos efeitos precoces dos estilos parentais inadequados, e retomam o conceito de depressão anaclítica. Sugerindo uma distinção entre dois tipos de depressão (as anaclíticas e as introjectivas), associados a dois tipos de estilos educativos/relacionais dos pais (o estilo excessivamente restrito e o rejeitante) e a consequentes variáveis de personalidade (dependente e auto-crítica), Blatt e colegas têm vindo a encontrar apoio empírico para o seu modelo.

Muito recentemente, esta teoria foi investigada num estudo de Koestner e colaboradores (Koestner, Zuroff & Powers, 1991) que se propuseram identificar as origens familiares do auto-criticismo e perceber as potenciais ligações com a depressão. Controlaram efeitos (1) de sexo, (2) de interação entre comportamentos parentais e temperamento da criança e (3) de especificidade dessa rejeição para o desenvolvimento da depressão, em detrimento do aparecimento de outro tipo de psicopatologia.

Centrado sobre adolescentes e adultos e utilizando uma

metodologia longitudinal, este trabalho veio sugerir a confirmação do modelo de desenvolvimento do auto-criticismo de Blatt (Blatt, 1974; Blatt, 1976; Blatt & Zuroff, 1990; Blatt & Maroudas, 1992), ou seja, que as experiências de parentalidade no início da vida, em particular a restrição e rejeição, têm um papel no desenvolvimento do estilo de personalidade caracterizado pelo auto-criticismo, o qual parece implicar um tipo de funcionamento de risco para o desencadeamento da depressão. No entanto, ainda, que este padrão comportamental não é transitório e mantém-se na vida adulta, quer apresentando-se no mesmo formato de crítica e desvalorização nas mulheres, quer, no caso dos homens, transformando-se em sintomas relacionados com a agressão (Koestner, Zuroff & Powers, 1991).

Os comportamentos dos pais do mesmo sexo mostraram-se aqueles que mais influenciam este desenvolvimento e as explicações para este fenómeno podem ser dadas através de duas conceptualizações teóricas: a psicanalítica e a da aprendizagem social. Assim, estes resultados podem ser explicados, ora por interiorização da rejeição parental (provocado por um super-ego altamente exigente, impondo ideais difíceis de atingir, consequentes sentimentos de culpa), ora por autoregulações inadequadas em que o comportamento de autodescrição e autoreforço reproduz os comportamentos de exigência e rejeição modelados pelos pais (Koestner, Zuroff & Powers, 1991).

O desenvolvimento mais alargado das concepções e implicações deste modelo surgiu como forma de salientar o tipo de viragem conceptual que se veio a dar, recentemente, dentro do modelo dinâmico, o qual reflecte, a nosso ver, dois importantes vectores: o da necessidade

alargar as explicações psicodinâmicas a conceitos operacionalizáveis e, por conseguinte, passíveis de confirmação empírica e o de incorporar os dados de outras teorias, mesmo que oriundas de quadrantes supostamente divergentes, de forma a dar um sentido mais englobante às suas hipóteses conceptuais.

3.2.2. Modelos cognitivos

Diversos modelos têm enfatizado o papel fulcral dos factores cognitivos no desencadeamento, manutenção ou exacerbação da depressão (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Beck, 1967; Cole & Kaslow, 1988; D'Zurilla & Nezu, 1982; Ellis & Bernard, 1983b; Rehm, 1977; Seligman, 1975). Todos partem do pressuposto básico de que existe uma interacção fundamental entre os processos, capacidades e/ou conteúdos do pensamento do sujeito e a forma como, consequentemente, ele interpreta a realidade, sente e se comporta (Reinecke, 1992). Essa suposição é comum, quer estejam subjacentes, para explicar esse facto, hipóteses de expectativas negativistas, ideias irracionais, atribuições e locus de controle inadequados, deficiências no auto-controlo e na auto-monitorização, inferências causais impróprias, representações mentais, crenças ou sistemas perceptivos distorcidos e descrentes nas competências e eficácias pessoais, fraca capacidade de resolução de problemas, auto-estima baixa, atenção e memorização selectiva de estados emocionais negativos, auto-depreciação, auto-culpabilização ou auto-avaliações irrealistas e críticas (Beck,

¹⁹ Alguns dos modelos apresentados nesta rubrica são considerados, por vezes, como modelos comportamentais. Apesar desta distinção ser arbitrária, dado que muitas das conceptualizações englobam conceitos e perspectivas cognitivas e comportamentais, as divisões que aqui apresentamos têm em conta, quer o próprio posicionamento do modelo dado pelos seus autores, quer aqueles que nos parecem ser os aspectos mais salientes das teorizações que apresentam.

1974; 1976; Ellis, 1962; Rehm, 1977; Seligman, 1975).

As extensas investigações empíricas, que têm vindo a testar as hipóteses etiológicas cognitivas, têm procurado discernir se o que está em causa na depressão é uma distorção de processos e conteúdos, ou uma deficiência nas competências e processos (Kendall, Stark & Adam, 1990). A maioria dos autores tende a defender em alternativa, ora uma, ora outras das possibilidades (Beck, 1976; Bernard & Joyce, 1984), mas alguns que supõem a presença simultânea de inadequações aos dois níveis (T. Nezu & Perris, 1989; Sacco & Graves, 1984).

Ainda que haja larga evidência de especificidades cognitivas em crianças, adolescentes e adultos depressivos, em contraponto com os não depressivos, não estão hoje ainda esclarecidas, sem sombra de dúvida, a natureza das disfunções cognitivas em jogo, nem o papel causal dos factores cognitivos no surgimento e manutenção da depressão (Kendall, Stark & Adam, 1990). Sabe-se, no entanto, que em certas circunstâncias face a certos tipos de depressão, estão presentes determinadas características cognitivas (Beck, 1967; Lewinsohn & Hoberman, 1982).

As diversas hipóteses explicativas implicadas nestas abordagens têm vindo a colocar desafios incisivos e estimulantes na sua adaptação à população infanto-juvenil. O interesse da sua exploração junto dos jovens ganhou volume e, contrariamente aos resultados dos estudos biológicos, veio a demonstrar consonância na informação recolhida (Reineckle, 1992).

Assim, existe um corpo crescente de dados empíricos demonstrando semelhanças entre os padrões de funcionamento cognitivo em adultos clinicamente depressivos e das crianças com sintomas ou síndrome depressivos (Asarnow et al., 1987; Hammen & Zupan, 1984; Kazdin

al., 1983; Kaslow et al., 1983, 1984; Kashani et al., 1981; Nolen-Hoeksema, 1988; Seligman et al., 1984).

Muitos dos autores que se têm debruçado sobre este tópico reconhecem a necessidade, que vai surgindo validada empiricamente, da adaptação específica às populações infanto-juvenis. Por isso, têm sido apresentadas algumas propostas concretas de particularização dentro destes modelos, que têm frutificado em intervenções terapêuticas, mais do que no desenvolvimento de novas perspectivas explicativas (Reinecke, 1992).

De seguida, apresentarei aqueles modelos que me parecem ser os mais marcantes dentro das abordagens cognitivas, iniciando com os que se podem classificar dentro de uma perspectiva de **distorção cognitiva** (o modelo da triada cognitiva e o modelo do desânimo aprendido e sua reformulação atribucional⁴⁰) e prosseguindo com aqueles que entendem a etiologia da depressão numa visão de **deficiência cognitiva** (o modelo da resolução de problemas e o modelo do auto-controle):

O **Modelo da triada cognitiva negativa** (ou da **distorção cognitiva**, como é frequentemente designado), defende que os processos cognitivos estão alterados de forma significativa e específica nos sujeitos depressivos, levando-os a percepcionar com **distorção** a sua realidade interna e externa. Esta distorção é um elemento fundamental no desencadeamento da depressão e os sintomas depressivos são considerados

⁴⁰ A classificação deste último modelo dentro da tipologia da distorção não foi linear. Pareceu-nos, no entanto, que apesar dele postular deficiências em várias competências cognitivas e comportamentais, elas são consequência de uma distorção cognitiva desencadeadora e, portanto, inicial.

consequências dessas distorções.

São sobejamente conhecidos os trabalhos de A. Beck (1967; 1976), autor desta teoria que, ao basear-se em observações clínicas, desenvolveu o modelo cognitivo explicativo e descritivo da depressão, mais conhecido e mais estudado.

Este modelo envolve três grupos de conceitos fundamentais: (1) triada cognitiva; (2) os esquemas ou estruturas cognitivas negativas; e (3) os erros cognitivos.

Considera-se que o sujeito depressivo possui uma visão distorcida - negativa, irrealista e sistemática - do seu self (com consequente auto-estima baixa) e das suas experiências de vida, passadas, presentes e futuras (a triada cognitiva de atitudes e expectativas que tem de si próprio do mundo e do futuro), visão essa que é apoiada por crenças inadequadas (auto-cupabilização incorrecta; crença na própria incompetência e ausência de valor ou capacidade de ser amado e de atingir a satisfação), levando a comportamentos de "hopelessness" (desesperança, pessimismo, antecipação de resultados negativos no futuro) e consequentes comportamentos exteriorizados de depressão (Kovacs & Beck, 1977).⁴¹

Na base destas distorções encontram-se os **esquemas negativos do self**, os quais explicam a razão desta forma auto-referenciada de processar a informação emocionalmente relevante e são construídos a partir de experiências interactivas com outros significativos, vivenciadas na infância e adolescência, e que resultam da "relação entre as características

⁴¹ Apesar de Beck e colegas considerarem a desesperança ("hopelessness") como básica na sintomatologia depressiva, ela não é exclusiva desta problemática, estando também presente no suicídio, na doença física, prolongada e grave, no abuso físico, etc. (Beck et al., Kashani et al., 1991, 1992).

temperamentais inatas da criança e as experiências desenvolvimentistas disfuncionais com membros da família" (Young, Beck & Weinberger, 1993, p. 242).

As vivências traumáticas do passado (como a perda de um dos progenitores, a rejeição dos colegas ou as críticas excessivas dos professores) levam à formação de atitudes e crenças desajustadas - os esquemas inadaptados precoces (Young, 1990, citado em Young, Beck & Weinberger, 1993) - que se irão elaborando ao longo do ciclo de vida e predisporão o sujeito para a depressão, alterando o julgamento que faz de si próprio, das relações sociais e do mundo.

Estes esquemas são assim padrões de pensamento duradouros, representando a forma como o sujeito generaliza as experiências passadas e determinam a forma como vai dar sentido e organizar a informação actual. É assim que os esquemas negativos, mais acessíveis ao sujeito do que os positivos, chamam a atenção, de forma selectiva, para certos aspectos negativos dessa experiência, em detrimento de outros, mais positivos, e determinam a forma como a informação é percebida, armazenada na memória e mais tarde reactivada (Beck, 1967, 1976; Dance & Kruiper, 1987; Kovacs & Beck, 1978; Young, Beck & Weinberger, 1993).

Segundo Beck (1967, p. 567), "a resposta afectiva é (assim) determinada pela forma como o indivíduo estrutura a experiência". A visão que o sujeito tem do *self* (autopercepções ou auto-expectativas perfeccionistas não realistas), exerce uma marcada influência nos sentimentos de desvalorização e não aceitação de si próprio, os quais vão, por sua vez, traduzir-se em inadequações e desadaptações globais, em particular na distorção do processamento da informação e na incapacidade de se sentir emocionalmente satisfeito com a própria vida. Todos estes

factores irão predispondo à depressão e o contacto com certos estímulos (e.g. situações de stress, novas e profundas perdas ou desapontamentos) fará activar os esquemas negativos do *self*, até aí latentes, levando o sujeito a culpabilizar-se pela perda, a encarar as suas experiências como obstáculos insuperáveis, a crer-se incompetente, inapto, inferior aos outros, a sentir-se desesperado e desesperançado e a desacreditar em melhoras futuras (Kovacs & Beck, 1978). A interacção recíproca entre o depressivo e o meio social circundante leva, muitas vezes, ao reforço, quer dos esquemas, quer da tríada cognitiva.

As interpretações da informação baseadas nos esquemas depressivos resultam, por vezes, em conclusões ilógicas e sem validade empírica. É assim possível identificar **erros de pensamento** típicos: inflexíveis, irracionais, gerais e sistemáticos, que reflectem a centração nos aspectos negativos da experiência (sobre-generalização de acontecimentos específicos, abstracção selectiva, personificação e auto-responsabilização, catastrofização, pensamento dicotómico ou absolutista e inferências arbitrarias) que, facilitando a distorção da informação, aumentam a vulnerabilidade do sujeito à depressão, vindo mesmo a explicar as suas reincidências (Kovacs & Beck, 1978, Stark, Best & Sellstrom, 1989).

Assim, os conceitos de *self*, de autopercepção e de erros de pensamento aparecem como tendo um importante papel na patogenia dos distúrbios psicológicos, em particular do emocional, pelo que a teoria proposta pelo autor vai incidir nesta autopercepção perturbada do *self*, no mundo, como forma de assegurar a mudança positiva e a sua durabilidade e generalização.

O apoio empírico para este modelo tem sido originado, particular, nos estudos descritivos do funcionamento cognitivo

processos e conteúdos) dos depressivos, muitos dos quais têm confirmado a presença da tríada cognitiva em amostras de adultos depressivos (Krantz & Hammen, 1979, citado em, Nezu, Nezu & Perris, 1989). A terapia cognitiva focalizada nas cognições inadequadas, tem sido outra das linhas empíricas apoiadas desta teoria, já que leva a melhorias na depressão (Beck et al., 1979; Clarizio, 1984).

Todo o modelo da tríada cognitiva foi pensado e desenvolvido com base na experiência depressiva das populações adultas. No entanto, conjuntamente com Maria Kovacs (1977), Beck **estende esta mesma conceptualização às crianças e adolescentes**. O facto das formulações desta teoria postularem a origem da distorção cognitiva e dos seus esquemas negativos nas interações familiares durante a infância, reforça as premissas relativas à presença precoce destas alterações cognitivas.

A investigação básica confirmatória da presença e significado da tríada cognitiva negativa nas crianças, tardou a chegar (Kaslow & Rehm, 1989; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987), pois só a partir de meados dos anos oitenta, na sequência do surgimento de instrumentos para avaliar as eventuais perturbações cognitivas nos jovens depressivos, começaram a surgir alguns trabalhos neste campo " (Asarnow et al., 1987; Kashani et al., 1991; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; Kendall, Stark & Adam, 1990; McCauley, Burke, Mitchell & Moos, 1988; Sacco e Graves, 1987). A

⁴² Como exemplo, referimos aqui a Escala de Desesperança Para Crianças (Hopelessness Scale for Children) desenvolvida por Kazdin e colegas (1983), bem como o Questionário de Erros Cognitivos Negativos (Children's Negative Cognitive Error Questionnaire), elaborado por Leitenberg e colegas (1986). Enquanto que a primeira avalia as expectativas negativas da criança face a si própria e ao futuro, o segundo centra-se na avaliação dos erros cognitivos anteriormente referidos (típicos da teoria de Beck [1976]). Surgia ainda, em 1985, pela mão de Haley e colegas, o CBQC (Cognitive-Behavioral Questionnaire for Children), igualmente destinado à avaliação das distorções cognitivas propostas por Beck.

aplicação destes instrumentos deu vida ao tópico, já que trouxe ratificação preliminar da evidência, nas crianças e adolescentes depressivos, de distorções cognitivas semelhantes às dos adultos com a mesma patologia (Kashani et al. 1991).

As terapias cognitivas com crianças, centradas nas cognições distorcidas e na valorização da visão do *self*, surgiram, igualmente apoiar a hipótese que este modelo postula (Butler et al., 1980).

Como conclusão dos dados empíricos existentes sobre a aplicação desta teoria às crianças (os quais serão revistos, em detalhe, no ponto do capítulo 2 deste trabalho), poderemos afirmar que as crianças e jovens depressivos apresentam padrões cognitivos distorcidos semelhantes aos adultos, manifestam (1) erros cognitivos negativos isomórficos (ex. sobregeneralização, personalização, abstracção selectiva e catastrofização); (2) percepções e expectativas mais descrentes, desvalorizadas e irreais de algumas das suas competências e possibilidades; (3) auto-estima baixa; (4) de forma mais intensa, padrões de pensamento auto-referenciado; (5) enviesamentos negativos na memória, com esquecimento selectivo de experiências e autodescrições positivas; finalmente, (6) cognições de desesperança face ao futuro (Asarnow & Bates, 1988; Haley, Fine, Marriage, Moretti & Freeman, 1985; Hammen & Zupan, 1984; Hammen, Adrian, Gordon, Burge, Jaenicke & Hiroto, 1984; Kashani et al., 1992; Kaslow et al., 1984; Kazdin, Rancurello & Utens, 1987; Leitenberg, Yost & Carroll-Wilson, 1986; Whitman & Leitenberg, 1990).

Tal como acontece com todos os modelos etiológicos que aqui apresentamos, esta teoria tem sido **criticada** pela sua não generalização.

universo dos casos e tipos depressivos e, em particular, pelo facto da predisposição para processar informação de forma negativa, não parecer contribuir para o aparecimento da depressão. Esta crítica apoia-se no facto desse estilo negativo de pensar não ser exibida antes do episódio depressivo (Hammen et al., 1986)."

De forma semelhante ao que acontece com outros modelos, cada vez mais os últimos aprofundamentos sobre esta teoria (Young, Beck & Weinberger, 1993) tendem a demonstrar a tendência para englobar, de forma progressivamente mais marcante e relevante, outras variáveis que não apenas as que eram inicialmente centrais à sua conceptualização. É assim que este modelo assume que "a cognição, o comportamento e a bioquímica são todos importantes componentes dos distúrbios depressivos" (Young, Beck & Weinberger, 1993, p. 241), encarando cada componente como um diferente e complementar nível de análise do fenómeno, mas mantendo, com os outros, relações interactivas.

Os estudos sobre estes tópicos deixaram ainda em aberto a resposta a importantes questões, que ensombram um conhecimento mais aprofundado neste domínio, quer o estudemos junto dos mais novos, quer junto dos adultos.

Uma primeira dúvida se coloca: será que as distorções cognitivas, tal como entendidas no modelo de Beck, são específicas aos sujeitos depressivos, ou são uma alteração comum a outro tipo de problemas psicológicos? Diversos autores defendem que, quer a dificuldade em operacionalizar os conceitos envolvidos, quer a presença destas distorções

⁴³ Tem surgido alguns problemas ao nível da confirmação empírica dos conceitos envolvidos, na sequência do uso frequente de amostras não clínicas de depressivos, bem como no apoio num só instrumento de avaliação (habitualmente um de auto-descrição) para definir a depressão e as amostras a estudar (Haley et al., 1985).

junto de crianças e jovens com outro tipo de dificuldades (como é o caso crianças manifestando ansiedade [Leitenberg, Yost & Carroll-Wilson, 1988]); não possibilitam, no momento presente, dar uma resposta empírica a esta dúvida (Hollon & Kendall, 1990). Associada a esta, está uma outra questão: será que os depressivos só processam assim, desta forma distorcida, a informação auto-referenciada, ou a avaliação que realizam do comportamento dos outros está enviesada da mesma forma (Hug Worchel, Staton & Hall, 1990) ?

A incerteza quanto ao facto destas distorções serem um traço ou estilo estável de pensar sobre os acontecimentos da vida, que se manifesta quando o sujeito inicia a sua depressão e que termina quando desaparece, é um outro aspecto em busca de resposta e cujo valor prognóstico, com as necessárias implicações terapêuticas e preventivas, deverá levar à sua pesquisa.

É ainda duvidoso se estas distorções e esquemas negativos estão, de facto, presentes quando, na vida de todos os dias (e não em contextos avaliativos artificiais), os jovens sujeitos se defrontam com situações de acontecimentos difíceis, ou em situações de desempenho que impliquem uma avaliação da sua parte e da dos outros, qualquer tipo de avaliação (Asarnow & Berman, 1988).

Finalmente, as hipóteses desenvolvimentistas, centradas na impossibilidade das crianças mais novas experimentarem algumas cognições relevantes para este modelo, têm colocado, como atrás vimos, algumas dúvidas e críticas quanto à sua utilização no estudo da depressão das populações mais jovens, sobretudo quando essa utilização é feita

forma acrítica e desenquadrada das perspectivas de desenvolvimento." Contudo, a ligação das competências desenvolvimentistas às teorias cognitivas da depressão não foi ainda inequivocamente comprovada.

o modelo do desânimo aprendido (em inglês, Learned Helplessness, L.H.), (Seligman, 1975) original e a sua mais recente expansão, reformulação e complementação em modelo atribucional (Abramson et al., 1978, 1989; Seligman et al., 1984), defendem que a depressão tem na base (1) a aprendizagem de reações de desânimo; (2) a instalação de défices comportamentais e motivacionais; e (3) a construção de um tipo particular de atribuições de causalidade, face à experiência repetida de situações aversivas inevitáveis e fora do controlo do sujeito.

A primeira formulação do modelo de L.H. enquadrava-se numa perspectiva comportamental estrita (em particular no modelo de aprendizagem por condicionamento clássico), envolvia os pontos (1) e (2) acima focados e derivava de estudos laboratoriais com animais. O seu alargamento posterior às concepções atribucionais (ponto 3), surgiria da aplicação do modelo aos humanos e como forma de dar resposta à

⁴⁴ Gostaríamos de referir aqui que, associado a esta abordagem, se encontra o modelo da Terapia Racional Emotiva (RET) de Ellis (1973a). Este modelo, que na sua formulação relativa à depressão nas crianças e adolescentes, utiliza muitas das noções da teoria de Beck (em particular os erros de inferência na interpretação do real) e as associa aos seus próprios postulados (erros de avaliação da realidade, como sejam as ideias, atitudes ou crenças irracionais), insere-se igualmente numa tradição de explicação da depressão com base em distorções cognitivas e interpretações incorrectas do significado dos acontecimentos. Segundo o referido modelo, este tipo de processos cognitivos disfuncionais e de crenças inapropriadas levam às emoções e atribuições típicas da depressão, em particular à desvalorização pessoal e à baixa auto-estima - aspectos que o modelo tanto valoriza (Bernard & Joyce, 1984). Segundo Ellis e colaboradores (1966), os processos de auto-culpabilização, auto-punição e auto-piedade associados à rejeição e ao insucesso são os elementos básicos para explicar o comportamento dos deprimidos. A ausência de estudos empíricos e clínicos, centrados nesta abordagem, utilizando crianças e adolescentes, e a sua sobreposição parcelar com a teoria de Beck, levou a que não lhe dessemos relevo neste trabalho. O seu relevo deverá ser mais ao nível terapêutico do que etiológico.

⁴⁵ L.H. será utilizado no texto, a partir daqui, para referir Learned Helplessness e será traduzido por desânimo aprendido.

complexidade dos seus comportamentos. Esta mudança viria a reclassificá-lo sob o ponto de vista teórico, o modelo reformulado, incluindo-o, agora, entre os modelos cognitivos.

Na literatura sobre este tópico existe alguma confusão quanto aos aspectos conceptuais envolvidos, na sequência, não só do aparecimento destas duas tradições teóricas e de investigação mas, também, no fato delas se sobreporem parcialmente. Analisemos a sua evolução e características, tentando esclarecer alguns dos pontos fulcrais.

O fenómeno de L. H. foi primeiramente descrito, de forma estruturada, por Seligman e colegas, na sequência de experiências realizadas com cães, em laboratório (Seligman, 1978). Nessas experiências os autores verificaram que os animais, ao serem expostos a choques eléctricos inevitáveis, se comportavam de forma desanimada, não fugindo do choque quando, mais tarde, tal lhes era possível. Os cães demonstravam comportamentos deficitários, quer em termos de aprendizagem, quer em termos de motivação, comportando-se com passividade e raramente tentando escapar.

A vivência insistente de situações *stressantes* a que não podiam fugir, foi assim entendida como interferindo com a resposta adaptativa com a aprendizagem, causando uma reacção de desistência designada *desânimo aprendido*. "Desânimo aprendido" surgia definido como a percepção e expectativa de uma relação não contingente entre o próprio comportamento e o seu respectivo resultado (Rehm, 1988), ou seja, a percepção da independência da resposta do indivíduo quanto ao início e término de acontecimentos aversivos e, portanto, da sua ausência de controle (Dweck, 1977). Assim, do ponto de vista do animal, a probabilidade de evitar ou escapar a um acontecimento indesejado seria

mesma, quer ele agisse (ou reagisse), quer não.

A ligação destas experiências ao facto dos sujeitos depressivos afirmarem e mostrarem, com frequência, não influírem sobre o seu meio e mostrarem comportar-se de forma desanimada, levou a que Seligman, na página 99 do seu texto de 1975, escrevesse que "quando acontecimentos incontroláveis ocorrem, sejam traumáticos ou positivos, o sujeito ficará predisposto à depressão e a força do ego ficará minada. Quando ocorrem acontecimentos controláveis, o resultado será um sentimento de poder e de resistência à depressão". (citado em Watson, 1977). O modelo tentava assim alargar-se aos adultos e explicar a depressão, sugerindo que ela era o resultado das experiências aversivas incontroláveis vividas pelos sujeitos e das expectativas que, conseqüentemente, criavam de que os seus comportamentos não influenciavam os acontecimentos da sua vida.

Em 1978, surgia a reformulação atribucional desta teoria (Abramson et al., 1978), ao ser entendido que a conceptualização inicial era insuficiente para explicar factores como a generalização, a cronicidade ou a auto-estima baixa, envolvidos nas acções laboratoriais realizadas e na extensão do modelo aos humanos. Seligman verificara que os acontecimentos incontroláveis não levavam, automaticamente, a défices prolongados e que só certas atribuições causais do sujeito, quanto a esses acontecimentos, desencadeariam o desânimo aprendido. As atribuições surgiam, portanto, como mediadoras do impacto desses défices e das expectativas quanto a contingências futuras. A reformulação da teoria incluía agora importantes aspectos cognitivos, como a percepção e as atribuições de não contingência e defendia que não estava só em causa a experiência vivida e o tipo de expectativas, mas que a interpretação dessa

experiência era fundamental (Peterson & Seligman, 1987).

As percepções de atribuição dos humanos depressivos (Abrahamson et al., 1978) pareciam demonstrar características explicadas por esta conceptualização. Este alargamento à explicação da depressão envolveu a conceptualização de que a exposição a acontecimentos significativos fora do controle do sujeito resultava nos sintomas e correlatos motivacionais, emocionais e cognitivos, próprios à experiência de depressão. Assim, indivíduos experienciando acontecimentos trágicos, incontroláveis e inevitáveis, dos quais não conseguissem escapar, podiam convencer-se que não tinham controle sobre as suas vidas, desistindo de qualquer esperança. Acontecimentos *stressantes* posteriores desencadeariam uma reacção depressiva.

Entendia-se que, na sequência da experiência de vida tida pelo sujeito, se criava um estado psicológico envolvendo atribuições de falta de controle, resultantes da experiência frequente de acontecimentos incontroláveis (i. e., independentes da resposta voluntária do sujeito) e insuportáveis (Rholes, Blackwell, Jordan & Walters, 1980). Pressupunha-se a construção de representações cognitivas das contingências (em função da aprendizagem, das expectativas, das percepções, das crenças, das atribuições, etc.), sendo teorizado que os indivíduos depressivos apresentavam estilos atribucionais distintos dos não depressivos. Esta explicação levou a uma caracterização do estilo atribucional dos indivíduos depressivos, defendendo que estes tendem a ter uma tendência consistente para experienciar ausência de controle e para atribuir os acontecimentos negativos ou insucessos a causas internas (entendendo que o resultado é devido a si próprio), estáveis (supondo que essas causas estarão sempre presentes) e globais (vendo as causas como influenciando todas as áreas da vida).

sua vida); em contrapartida, atribuem os acontecimentos positivos e os sucessos a causas externas (entendendo o resultado como devido a outras pessoas ou circunstâncias), instáveis (vistas como causas transitórias) e específicas (percepcionadas como particulares daquele acontecimento ou situação). O sujeito depressivo aceita assim a culpa pelos resultados negativos dos seus comportamentos e não reconhece qualquer intervenção nos acontecimentos ou resultados positivos que povoam a sua vida. Este funcionamento leva, entre outros, à passividade, à redução na actividade e à inadequação social, comportamentos considerados sintomas de depressão (Weller & Weller, 1984a). O sujeito depressivo é tido como não reconhecendo relação entre o seu comportamento e a sintomatologia depressiva (em particular o sentimento de desesperança e a consequente desistência face às tarefas da vida) e como não antecipando qualquer tipo de final face aos acontecimentos aversivos; é também caracterizado como percebendo que o seu comportamento é independente do reforço. Esta forma de percepcionar o mundo transforma-se numa espécie de filosofia de vida e parece manter-se basicamente inalterável no tempo, sendo por isso considerado um importante prognóstico para a depressão.

Um largo conjunto de investigações demonstrou já apoio empírico para o modelo, em particular identificando padrões atribucionais alternativos ou típicos resultantes, ou associados, a técnicas de indução de desânimo aprendido (Abrahamson et al., 1978).

A investigação desenvolvida para testar esta abordagem junto dos mais jovens focalizou-se, inicialmente, na aplicabilidade do paradigma de LH às crianças (Fincham & Cain, 1986); mais do que à depressão propriamente dita, tratando aquele constructo como independente deste

problema psicológico. Nestes estudos, verificou-se a existência de caso crianças que, ao encontrarem repetidamente problemas insolú mostravam sinais de L.H. (Dweck, 1977) (passividade, desân desesperança), em tudo semelhantes aos encontrados em animais laboratório, nos quais o L.H. havia sido provocado (Abrahamson et 1978).

Verificou-se também que havia uma tendência para que atribuições das crianças fossem estáveis (Peterson & Seligman, 1987), particular que as suas escolhas quanto às causas que se assumem refl as dimensões associadas a L.H. nos adultos (Internas/Externas, Globais/Específicas e Estáveis/Instáveis) se mostravam moderadam constantes, em crianças da 3ª à 6ª classe, num período de seis m (Seligman et al., 1984).

As hipóteses sobre a ontogênese das diferenças individuais n H. sugerem que a exposição à não contingência, o *feed-back* sob rendimento, a modelagem e as atribuições parentais ou dos profess todos poderão contribuir para a instalação deste tipo de percepção sob mundo e, conseqüentemente, de comportamento. Supõe-se que se p assim, das contingências e experiências ambientais, para a construção cognições internas que vão marcar a forma de ver o mundo.

Peterson e Seligman (1987) verificaram que as atribuições crianças relativas a acontecimentos negativos coincidem mais com o e atribucional da mãe do que com o do pai, evidenciando importa sugestões quanto à intervenção terapêutica.

Os estudos relacionando desânimo aprendido com depressão mais jovens têm apoiado a existência de uma relação entre este e atribucional e sintomas de depressão (Blumberg & Izard, 1985; Fincl

Diener & Hokoda, 1987; Haley, Fine, Marriage, Moretti & Freeman, 1988; Kaslow et al., 1984; Nolan-Hoeksema et al., 1986; Peterson & Seligman, 1987; Seligman et al., 1984).

Será então o estilo atribucional um factor de risco para a depressão? Segundo Peterson e Seligman (1987), os dados existentes parecem permitir responder que sim, sendo que a tendência atribucional para processar acontecimentos negativos pode vulnerabilizar para o desenvolvimento de défices depressivos, ainda que possa não ser específica a esta forma de patologia. Há não depressivos que também têm um estilo atribucional considerado típico dos depressivos (já atrás descrito) e que quando confrontados com acontecimentos negativos ficam deprimidos. A depressão parece assim resultar de um conjunto de características de um indivíduo (como o estilo atribucional), em conjunção com características do meio (acontecimentos negativos fora do seu controle) (Peterson & Seligman, 1987).

No humanos, a dimensão atribucional foi introduzida em diversos instrumentos, em particular nos de autodescrição, para ser avaliada como um componente importante da sintomatologia depressiva.

De novo, as críticas tecidas a este modelo caem sobre o facto dele não ser generalizável: há evidência de reacções depressivas em resposta ou em reacção a acontecimentos difíceis, aos quais se não pode escapar mas, em simultâneo, existem depressões acerca das quais não é possível discernir a presença deste tipo de acontecimentos desencadeadores.

Nas ligações da depressão com a L.H., está ainda por esclarecer se é o estilo atribucional que, inicialmente e em conjunção com acontecimentos de vida aversivos, leva à sintomatologia depressiva, a qual

irá manter esse estilo atribucional, ou se o humor depressivo desencadeia atribuições negativas de controle e esforço, as quais, por sua vez, exacerbam o humor depressivo (Fincham, Diener & Hokoda, 1987). É ainda duvidoso se o estilo atribucional é específico a diferentes contextos (escolar, social, físico...), ou se é uma forma de ver todos os domínios da vida. Os estudos das diferenças individuais no estilo atribucional tem levado ao reconhecimento da tendência para fazer tipos particulares de inferências causais, ao longo do tempo, em função das situações e dos domínios psicológicos envolvidos (Fincham, Diener & Hokoda, 1987).

Têm sido estudadas algumas das possíveis implicações educacionais e sociais do estilo atribucional (Fincham, Diener & Hokoda, 1987), em especial as relativas às diferenças individuais nas atribuições feitas pelas crianças e nas consequências comportamentais consequentes. Este assunto será detalhado no capítulo 2. Aqui, gostaríamos apenas de referir como alguns interessantes estudos, centrados em aspectos desenvolvimentistas, têm auxiliado na reflexão da ligação destes fenômenos. Um deles tem envolvido a possível diferenciação de significados atribuíveis aos diversos tipos de causalidade e à própria noção de sucesso e de insucesso, em função da idade. As mudanças de desenvolvimento na percepção das não contingências, da compreensão causal e das expectativas de não contingência futuras, têm sido entendidas como podendo influenciar o processo pelo qual as crianças de diferentes idades manifestam suas expectativas (Seligman & Peterson, 1987).

Nesta linha, Fincham e colegas (1987) descrevem sobre hipóteses de possíveis diferenças entre as noções de atribuição em crianças e adultos. Qual será, por exemplo, a concepção de "acaso", de "esforço" ou de "capacidade", numa criança pré-escolar? Quando começa a criança

fazer atribuições sobre o seu próprio comportamento? Como mudam essas atribuições com a idade? Sabe-se, por exemplo, que antes dos 4 anos e meio, poucas crianças admitem ter falhado e que o conteúdo das atribuições é diferente e que são frequentes respostas de atribuição de causalidade do tipo "não sei", "ainda não aprendi", "sou muito pequenina", "não consigo" ou "é difícil". Estas atribuições são distintas das atribuições usadas nos trabalhos empíricos, as quais advêm dos estudos com adultos e não incluem algumas das atribuições que os investigadores utilizam (como o esforço) (Lochei, 1983 citado em Finch & Cain, 1986).

A introdução de causalidade envolvendo características do *self* só advém a meio da 2ª infância, sendo até aí habituais as atribuições de causalidade focalizadas no exterior (na sorte, na ajuda de terceiros, etc.).

Rholes e colegas (1980) reflectiram sobre a imaturidade das atribuições e descrevem-nos como o falhanço, em comparação com o sucesso, tem significativamente menos influência no nível de L.H., quando se trata do comportamento das crianças mais novas (as quais não vêm o falhanço como implicando limitações estáveis no seu rendimento), o que sugere que o desenvolvimento de capacidades de atribuição durante a pré-escolaridade e a primária possa ter importantes ramificações para as teorias cognitivas da motivação.

Estes dados parecem indicar que a ocorrência, o conteúdo e a compreensão das atribuições podem mudar com a idade, levando a uma consequente ambiguidade na interpretação dos resultados dos estudos empíricos até aqui realizados, que não tiveram em conta este vector desenvolvimentista...

⁴⁶ É frequente encontrar, nas crianças, atribuições do tipo "não sei" quando se pergunta as causas de um comportamento; por exemplo, esta é a resposta típica nas crianças de 3 anos (60%) e implica 11% das respostas das crianças de 4 anos (Fincham & Cain, 1986).

o modelo da deficiência no auto-controlo e na auto-monitorização. (Rehm, 1977) é um modelo etiológico da depressão focalizado na inadaptação ou deficiência ao nível dos processos regulatórios do sujeito, o qual se baseia no modelo de auto-controlo de Kanfer (1971). As capacidades de auto-monitorização (observar o próprio comportamento, os seus antecedentes e consequentes), de auto-avaliação (processo de comparação entre estimativas de desempenho vindas da auto-monitorização e de critérios internos para o sucesso e o insucesso) e de auto-reforço (mecanismo com que o sujeito influencia o seu próprio comportamento) são consideradas básicas para a adaptação em geral e, particular, para o atingir de objectivos. Défices nestas áreas podem levar, entre outras disfunções, à concentração em acontecimentos negativos, ao uso de critérios exageradamente exigentes para avaliar o comportamento, à ausência de auto-reforço pelo comportamento desempenhado; levam, em geral, a manifestações clínicas de depressão.

Segundo Rehm, os depressivos observam selectivamente os acontecimentos (tendendo a atender em especial, a acontecimentos negativos), escolhem a maioria das vezes, consequências imediatas (tendo portanto um reforço menor do que se as consequências fossem adiadas), fazem atribuições incorrectas sobre a causalidade dos acontecimentos, impõem-se critérios de autodescrição muito rígidos, auto-administram-se poucos reforços e atribuem-se muitas punições.

O modelo das deficiências no auto-controlo é considerado um modelo integrativo, dado envolver aspectos doutras conceptualizações, como sejam a baixa actividade e a falta de reforço (patentes igualmente no modelo de Lewinsohn), ou as atribuições de desânimo aprendido e

pessimismo (características, respectivamente, dos modelos de Seligman e de Beck).

A sua aplicação às populações de crianças e adolescentes depressivos tem incidido na confirmação de que também eles possuem expectativas de maior insucesso, avaliam mais negativamente o seu desempenho, são mais exigentes e rígidos consigo próprios e com aquilo que consideram insucesso (mas não sucesso), atribuem-se menos reforços e mais punições, vêem as mães como impondo padrões mais exigentes e rígidos para o sucesso do que para com o insucesso e indicam que a punição é preferível ao reforço no controlo dos comportamentos (Kaslow et al., 1984).

- o modelo das deficiências nos processos de resolução de problemas (D'Zurilla & Nezu, 1982).

Segundo este modelo, as características dos sujeitos depressivos são imputáveis a deficiências nos processos de resolução de problemas. Estes, tendo sido estudados essencialmente no domínio das relações interpessoais, podem ser definidos como procedimentos cognitivo-comportamentais através dos quais os indivíduos identificam ou descobrem a estratégia mais eficaz para enfrentar situações difíceis da sua vida social diária. Estas competências têm sido consideradas como contributos importantes para a facilitação e manutenção de um comportamento social geral nos sujeitos "normais" e têm-se apresentado deficitárias ou ineficazes nos sujeitos depressivos adultos (Nezu, 1986).

A resolução de problemas foi encarada como um mediador dos sintomas depressivos em indivíduos que experienciam níveis elevados de stress na sequência de mudanças ou interações negativas na sua vida. Ao

não conseguirem resolver eficazmente os seus problemas, experienciam sintomas depressivos. É suposto que a experiência de enfrentar problemas e não os resolver pode iniciar um ciclo negativo perpetuante.

D'Zurilla e Nezu (1982) identificaram 5 componentes específicos do processo de resolução de problemas: 1) orientação para o problema, 2) definição e formulação do problema, 3) construção de alternativas, 4) tomada de decisão e 5) concretização da solução e verificação. Indivíduos depressivos poderão ser incompetentes num ou mais destes níveis, evidenciando-se variações individuais e diferenças nessas incompetências ou défices - ou a aplicação ineficaz de um destes componentes - tenderão a concentrar-se na geração de soluções alternativas para os problemas sociais, no desenvolvimento de pensamento meios-fins e na tomada de decisões. Em contraste, estas competências de resolução de problemas quando presentes, parecem servir de protecção contra o impacto de acontecimentos de vida negativos (Biblings & Moos, 1981). A capacidade de resolução de problemas em adultos parece servir como moderador entre o *stress* negativo e o humor depressivo, pelo que o grau de *coping* com problemas envolve uma maior ou menor probabilidade de experimentar sintomas depressivos.

Desenvolveram-se estratégias terapêuticas baseadas neste modelo etiológico, com o intuito de melhorar ou fazer desaparecer a depressão. Segundo Nezu (1986), essas intervenções mostraram-se eficazes na redução significativa dos sintomas depressivos, opinião que não é comungada por alguns autores, que inferem dos resultados encontrados que essa eficácia não foi inequivocamente demonstrada. Da mesma forma, segundo o mesmo autor, a relação entre a depressão e os défices na resolução de problemas já foi empiricamente validada nos adultos, apresentando resultados

bastante positivos.

Os críticos têm apontado limitações metodológicas aos estudos realizados para testar este modelo, como sejam o facto de tenderem a incluir populações consideradas sub-clínicas em detrimento de sujeitos com diagnóstico clínico de depressão. Surgiram também críticas a aspectos conceptuais, como a definição dos conceitos envolvidos ou a não distinção clara entre vectores quantitativos e qualitativos dos processos descritos. Como exemplo da importância deste último vector, quer no seu impacto para o sucesso ou insucesso, quer nas possíveis implicações terapêuticas, atente-se na diferença entre gerar menos alternativas para a resolução de um problema ou gerar o mesmo número que os outros sujeitos, mas escolher saídas irrelevantes ou ineficazes para a sua solução. O distanciamento em relação à resolução de problemas concretos na vida real e a confusão entre défice e desempenho mal sucedido por factores motivacionais, ou outros, têm também sido apontados como limitativos. Finalmente, algumas críticas às medidas avaliativas utilizadas neste modelo e ao facto destas não atenderem ao aspecto dinâmico dos processos de resolução de problemas têm vindo a estimular a criação de medidas alternativas e a justificar incongruências nos dados recolhidos. A importância desta crítica revela-se nos resultados já encontrados de ausência de relação entre a depressão e número de alternativas geradas para resolução de um problema e a possibilidade de que haja diferenças ao nível da sua qualidade (Asarnow et al., 1987). Em resposta a estas e a outras críticas, a teoria tem emergido progressivamente mais integrativa, associando teorias da depressão ligadas a perspectivas comportamentais, cognitivas e acontecimentos de vida stressantes (Nezu, Nezu & Perris, 1989).

A investigação deste modelo junto dos mais novos originais estudos em populações com diversas características, mas poucos trabalhos com crianças depressivas. Quando o fez, tendeu a encontrar confirmações parciais (Sacco & Graves, 1984) ou a desconfirmar as hipóteses (Doern et al., 1985). Em contrapartida, o uso terapêutico do treino de competências de resolução de problemas em crianças moderadamente depressivas mostrou-se já eficaz e generalizando-se no tempo (Stark et al., 1987).

3.2.3. Modelos comportamentais e interaccionais

Os modelos enquadrados dentro de linhas teóricas comportamentais e interaccionais focalizaram os seus trabalhos conceptuais e empíricos nos acontecimentos de vida e nas relações com o ambiente físico e social, em que o sujeito está envolvido. A sobreposição de algumas perspectivas típicas dos modelos comportamentais com visões essencialmente interactivas justificam a associação que aqui fazemos das duas abordagens.

- o **modelo do reforço comportamental**, baseado no pressuposto de que, quer os sentimentos, quer os comportamentos depressivos, são provocados e/ou mantidos por perda, inadequação ou insuficiência de reforço positivo, por parte do meio social que rodeia o sujeito. Este modelo baseia-se no constructo de competência social, definindo-a como a capacidade de emitir comportamentos que provoquem, nos outros, a administração ou demonstração de comportamentos reforçadores positivos (Ferster, 1966; Lazarus, 1968; Lewinsohn, 1974, 1975).

Skinner (1953) apresentou a primeira tentativa para ligar a depressão com os princípios do reforço positivo, conceptualizando aquela disfunção como um fenómeno de extinção, por levar à redução de comportamentos positivamente reforçados. Ferster (1966) veio a complementar esta ideia ao sugerir que as mudanças no meio, em particular nas contingências de reforço e de punição, poderiam aumentar ou reduzir a frequência do comportamento depressivo. Para Costello (1981), a explicação para o surgimento da depressão não se encontraria na perda de reforços em si mesma, mas sim na perda da sua eficácia.

Aqui se destaca, também, o modelo explicitado por Lazarus (1968). Este autor defende o surgimento de sintomas depressivos em função da diminuição marcada ou da ausência dos reforços que anteriormente mantinham o comportamento, sintomas esses que, por sua vez, compensatoriamente, são mantidos e reforçados pela atenção e preocupação do exterior (Rehm, 1977; Lazarus, 1968).

Dois tipos de explicações são aqui possíveis: uma apontando para real ausência de reforços por deficiências do meio envolvente do sujeito (poucos agentes reforçadores, pouco acesso a reforços), sendo as competências interaccionais deficitárias subsequentes a essa ausência, e a outra explicando a depressão com base em défices nas competências relacionais do indivíduo que, ao não possuir ou não apresentar comportamentos passíveis de serem socialmente reforçáveis, fica impedido de ter acesso aos referidos reforços.

O modelo de Lewinsohn enquadra-se nesta segunda explicação e merece igualmente referência. Ele defende que a depressão é resultado - e não causa - de défices em competências sociais (Lewinsohn, 1974; 1975) e que a depressão resulta de falta ou baixa frequência de reforços positivos

contingentes aos comportamentos. O autor coloca a hipótese de que sujeitos com falta de aptidões sociais possam provocar essa carência de reforços, reduzir o apoio social e, conseqüentemente, levar à experiência de sentimentos depressivos. Num círculo vicioso, o indivíduo envolve-se cada vez menos actividades sociais, isola-se e torna-se progressivamente mais passivo, reduzindo drasticamente as oportunidades de reforço contextual. Dado que as interações sociais são as principais fontes de reforço positivo, a incapacidade de responder às exigências do meio e as conseqüentes reduções de reforço (em qualidade e em quantidade) dependentes dos défices em competências sociais, terão o papel de manter vivo esse problema. A interacção indivíduo-meio pode assim, também resultar em conseqüências desagradáveis, aversivas e punitivas, levando à manifestação e/ou manutenção dos sintomas.

Numa versão mais recente da sua teoria, Lewinsohn e colaboradores (1985) sugerem que esses défices de aptidões relacionais podem reflectir uma redução global nas capacidades de *coping*, levar a um aumento de *stress* e, com a conjugação destes dois factores, aumentar a vulnerabilidade à depressão. Primeiro, os depressivos viverão a extinção ou quase perda de reforços, depois e em conseqüência, mostrarão reacções emocionais que afastam os outros e, finalmente, ficam passivos e isolados.

Em qualquer dos modelos está subjacente a importância dos mecanismos de aprendizagem na produção do comportamento depressivo, bem como a ideia de que as conseqüências contextuais, em particular a perda de reforço positivo, predizível ou esperado e merecido, produzem comportamento depressivo. Em todos eles, os sintomas resultam da interacção do sujeito com o meio.

A confirmação empírica da teoria advém, entre outras, da evidência da relação entre sintomas depressivos (em particular o humor depressivo) e o número de actividades agradáveis e desagradáveis ou reforçadoras em que o sujeito se envolve. A este nível, os programas terapêuticos destinados ao aumento de actividades positivas e reforçantes tem mostrado o seu valor na diminuição dos sentimentos de disforia, quer com adultos, quer com crianças deprimidas (Gottman et al., 1976). Há igualmente estudos incluindo programas terapêuticos que evidenciam uma relação entre o aumento de actividades agradáveis e a baixa na sintomatologia depressiva (Lewinsohn, 1974). Treinos de asserção social e de competências sociais mais gerais evidenciaram também melhorias na depressão (Rehm & Kaslow, 1984), concorrendo no mesmo sentido das anteriores conclusões. É ainda patente alguma investigação que demonstra défices interpessoais nos comportamentos dos indivíduos depressivos, reflectidos no comportamento não verbal, na expressão afectiva e na reciprocidade da interacção. O depressivo parece caracterizar-se por não iniciar conversas e não responder às iniciativas interactivas dos outros, o que parece provocar o evitamento do sujeito e intensificar o seu isolamento (Lewinsohn, 1974).

Uma das críticas feita a estes modelos, na mesma linha das atribuíveis aos modelos anteriormente apresentados, prende-se com a sua não generalização a todos os depressivos ou a todos os tipos de depressão, em particular a incapacidade em perceber perdas de reforço nos casos de depressão de tipo endógeno.

Quanto à aplicação específica destes modelos às populações mais jovens, ela não tem sido muito extensa. Dos trabalhos existentes, certos dados evidenciam apoio de algumas das anteriores posições teóricas. Cito

aqui, como exemplo, um estudo de Ferster (1973), citado em Weller (1984a), o qual verificou que a baixa frequência de reforços conduzia a choro, irritabilidade e grande latência nas respostas das crianças. No geral, o suporte advém das intervenções terapêuticas, particular dos treinos de competências sociais. No entanto, os processos envolvidos nestes programas de treinos não possuem ligação específica única aos modelos comportamentais.

Como vemos, ao modelo comportamental inicial sobrepõe-se progressivamente, uma formulação cada vez mais incorporadora da importância das competências sociais. Analisemos, em seguida, os modelos que se centraram, em exclusivo, numa interpretação interaccional da depressão.

O **modelo interaccional** de Coyne (1976a e b) é um modelo que não sendo etiológico da depressão, explica a sua manutenção e exacerbação. Assim, ele postula que o indivíduo depressivo interage de forma desagradável e aversiva (com comportamentos de auto-centração, negativismo, ausência de competências sociais apropriadas, necessidade de confirmação permanente da aceitação dos outros, sensibilidade especial a *feed-back*), provocando naqueles que com ele interagem zanga, frustração até depressão. Dado que os sujeitos da sua rede social lhe retiram ou diminuem ou demonstram de forma não genuína o apoio emocional, a sua sintomatologia acentua-se e acresce um desinvestimento nas actividades sociais, tantas vezes reforçado pelos elementos significativos mais próximos. A hostilidade, rejeição ou ambivalência patentes nos contactos relacionais que efectua provocam uma exacerbação dos sintomas e o ciclo instala-se.

Este modelo defende a importância de examinar os factores sociopsicológicos na depressão infanto-juvenil. De acordo com a teoria interaccional de Coyne (1976b), o estilo interpessoal dos depressivos pode ser responsável pela iniciação e/ou manutenção da depressão. Assim, as crianças depressivas parecem ser desencadeadoras de comportamentos verbais e não verbais de rejeição por parte de adultos e colegas significativos (vistas como menos atraentes, rejeitadas, com comportamentos menos adequados e sendo alvo de expectativas menos positivas em relação ao futuro) quer a criança tenha ou não razão justificável e reconhecida para estar depressiva promovendo, confirmando e intensificando, desta forma, os sintomas de tipo depressivo, compreensíveis na sequência destas avaliações e expectativas (Petterson, 1987)...

A diminuição da interacção social em crianças depressivas - quer com colegas quer com professores e pais - parece confirmar, nalgum ponto, esta abordagem (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; Puig-Antich et al., 1985 a e b).

Nesta abordagem a depressão surge como causa das inadequações nas competências sociais - com efeito negativo e inibidor marcante nas aptidões relacionais do sujeito e consequentemente no apoio social obtido - contrariando o defendido na teoria de Lewinsohn, atrás referida, em que, como vimos, é postulado que a depressão é consequência das perturbações a nível interactivo (Cole e Milstead, 1989).

As teorias que vieram a dar relevo aos aspectos relacionais do depressivo desencadearam um vasto conjunto de estudos empíricos junto dos adultos, mas, uma vez mais, não receberam, dos dados encontrados, apoios inequívocos (Cole e Milstead, 1989). Com efeito, teorias causais como a de Lewinsohn, apesar de encontrarem associações elevadas entre os

constructos de depressão e de aptidão social, não confirmam os supostos, já que, até ao momento, as metodologias estatísticas utilizadas têm sido meramente correlacionais. Está assim por confirmar se a depressão é consequência ou causa de funcionamento social inadequado ou se é causa e consequência em simultâneo (Cole, Lazarick & Howard, 1987).

Os estudos mais recentes nesta área têm evidenciado a necessidade de envolver formas mais sofisticadas de explicação e interpretação e análise da interacção entre depressão e aptidões sociais, tendo cuidadosamente em conta a heterogeneidade sintomática e a tipologia das perturbações emocionais (Cole, Lazarick & Howard, 1987). O estudo da complexidade das relações entre tipos de depressão, variáveis interpessoais e variáveis de meio social têm assim sido defendido como uma tarefa empírica possível para as questões sem resposta neste campo, dados os riscos associados ao facto de muitas das abordagens terapêuticas para a depressão envolverem mudanças nas competências sociais do sujeito depressivo, sem terem confirmação factual da relação em causa (Cole & Milstead, 1989).

No capítulo 2 dedicaremos algum espaço a discutir os dados atualmente conhecidos na ligação entre depressão infanto-juvenil e competências ou incompetências sociais.

3.2.4. Modelos socio-ambientais

De entre os modelos psicossociais têm sobressaído, nas interpretações etiológicas para a depressão infanto-juvenil, aqueles que integram, em formatos explicativos bastante englobantes, experiências

vida *stressantes*, aspectos contextuais e factores internos (cognitivos, emocionais, biológicos e desenvolvimentistas). Ora valorizando mais uns dos vectores, ora fazendo sobressair outros, todos pretendem perceber melhor a complexidade do fenómeno em estudo através da própria complexificação das grelhas para a sua de leitura.

- o **modelo dos acontecimentos de vida *stressantes***. Esta abordagem defende que a depressão é uma resposta ao *stress* provocado por acontecimentos de vida adversos ou mudanças difíceis que impliquem reajustamento e reorganização por parte do sujeito (Graham, 1981). Os acontecimentos psicológicos difíceis, como a separação ou perda de um dos progenitores, o conflito e separação conjugal dos pais, ou a doença psiquiátrica nestes, têm sido estudados com a população mais nova e enquadrados numa perspectiva de vulnerabilidade e protecção à depressão, a qual pode advir da sua vivência. O autor supra citado defende que os sintomas depressivos das crianças são, na sua maior parte, reactivos a *stresses* provenientes do contexto ambiental e social do jovem sujeito. Esses acontecimentos parecem preceder no tempo - em semanas ou meses - o início de um episódio depressivo ou de uma recaída (Kazdin, 1989), mostrando como a vivência continuada de situações de *stress* ou a incapacidade de lidar adequadamente com situações exigentes, mesmo que positivas, podem desencadear disfunções, entre as quais a depressão.

Das pesquisas realizadas, estes acontecimentos difíceis parecem revelar-se como importantes factores de risco para perturbação psicológica, mas não serem necessariamente específicos ao aparecimento da depressão - ainda que sejam, igualmente, possuidores de um papel importante no seu desenvolvimento. Apesar disto, os depressivos parecem ter um número

superior de acontecimentos difíceis nas suas vidas, comparativamente os não depressivos que igualmente vivenciaram ou vivenciam *stress* persistência, intensidade e frequência destes acontecimentos preceem alguma influência no tipo de reacção desencadeada, mas ela é mediada outros factores internos ou externos ao sujeito que a moderam. Há, entanto, padrões inconsistentes no estudo dos acontecimentos específicos únicos relacionados com a depressão e com a sua gravidade.

Um dos aspectos atractivos deste modelo é, contrariamente anteriores, apoiar-se essencialmente no estudo particular das crianças e adolescentes.⁴⁷ Os acontecimentos *stressantes* estudados são aqueles específicos a estes níveis etários. É o caso da presença de depressão em progenitores, talvez um dos factores empiricamente mais explorados de desta perspectiva, ou da violência de comportamentos de parentalidade junto das crianças. Blumberg, em 1981, fala-nos, por exemplo, da importância do abuso e rejeição como causas significativas para a depressão, ao levarem o sujeito a sentimentos de auto-estima baixa, a autoconceito negativo e à crença de ser inadequado, não amado, não amado e predominantemente mau. A estas conceptualizações sobre si próprias viriam a juntar-se sentimentos de desânimo aprendido, completando o quadro de um episódio de depressão clínica.

Modelos enfatizando a ontogénese da depressão com base em processos interactivos dentro da família, em particular o das alterações nos padrões relacionais na sequência de situações ou acontecimentos stressantes.

⁴⁷ Algumas concepções, apresentando visões etiológicas cada vez mais próprias às crianças e adolescentes, abordam o papel das interações com colegas no desenvolvimento da depressão, defendendo o papel crítico que as relações com pares desempenham no desenvolvimento do autoconceito, da segurança emocional, da auto-compreensão e das competências de confronto (*coping*) necessárias à regulação comportamental e emocional. Infelizmente, este tipo de modelos não tem sido apoiado pela investigação empírica.

(Patterson, 1982), pretendem coordenar diversos vectores causais numa mesma explicação. Como um subtipo destes modelos encontramos o do *attachment*, o qual defende que a ausência, morte, "má separação", frieza ou distância relacional, quando presentes em idades precoces da vida da criança, podem desencadear ligações bebé-adulto inseguras, que vulnerabilizem o jovem sujeito para a depressão.

Como os anteriores, a teoria etiológica dos acontecimentos stressantes não é generalizável, dado que nem sempre é possível identificar acontecimentos *stressantes* na vida dos sujeitos depressivos - e a atestá-lo está a própria definição psiquiátrica de depressão endógena.

Aspectos da aplicação concreta deste modelo e uma compilação de dados existentes podem ser vistos, mais à frente, no capítulo 2 desta tese.

3.2.5. Modelos integrativos

- o **modelo integrativo biopsicosocial** (Weiner & Hendren, 1983). Neste modelo a depressão é conceptualizada como o resultado final de vários processos envolvendo, pelo menos, a área biológica (genética e fisiológica) e a área psicológica (do *stress*, dos factores psicossociais e do desenvolvimento) (Cantwell, 1990). As implicações conceptuais e terapêuticas são especialmente influenciadas por uma visão de especificidade e particularidade da criança e do adolescente em questão (Lasko, 1986). Segundo Kashani e Ray (1987), autores que cremos poder posicionar conceptualmente dentro deste modelo, serão as características temperamentais, comportamentais e emocionais, associadas ao meio psicosocial, que levarão ao desencadeamento da depressão.

Dentro de um modelo psicopatológico geral, mas que tem concretizado as suas teorizações na experiência com crianças e adolescentes, a disfunção e, no caso, a depressão, é vista como a ausência de uma organização ou integração ao nível das várias competências (sociais, cognitivas, emocionais) requeridas para resolver, com sucesso, as tarefas de desenvolvimento (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984). Dentro deste e de outros modelos mais recentes, os determinantes internos ganham relevo no seu papel mediador dos efeitos de qualquer factor etiológico (Harter & Marold, 1990).

Como já foi referido, as abordagens aqui apresentadas foram desenvolvidas, de forma preponderante, para a compreensão da depressão adulta. Face à actual perspectiva, ainda majoritária nas teorias e trabalhos empíricos no domínio, defensora de isomorfismos entre as depressões nas várias etapas da vida, estas abordagens foram abrangendo, de uma forma ou de outra, nas suas concepções, a população mais jovem. Apesar de alguns dados sugerirem a relevância de muitos destes modelos para as crianças e adolescentes, é, no entanto, reduzida, a investigação dos modelos nestas idades; aqueles que existem tendem a centrar-se, essencialmente, na adolescência.

É visível a separação quase arbitrária dos modelos, os quais têm tendido, cada vez mais, a sobrepor-se. O caso das abordagens comportamentais e cognitivas é aqui paradigmático, dado que se foram, a pouco e pouco, apoiando nos mesmos constructos (Kazdin, 1989) teóricos e em procedimentos e tecnologias terapêuticas cada vez mais coincidentes.

Mais do que o tipo de variáveis envolvidas, o que parece mudar entre os modelos é o peso e o papel dado a cada uma delas, podendo, como exemplo, ser encarada como causa numa das abordagens e como consequência noutro dos modelos etiológicos. Estranhamente, no entanto, poucos têm sido os esforços integrativos dignos de reparo, apesar de parecer ser esse o passo óbvio seguinte na senda das perspectivas explicativas, já que as conceptualizações apresentadas para tentar compreender e explicar o surgimento e a manutenção deste fenómeno clínico se têm demonstrado mais complementares que divergentes (Cantwell, 1983c; Cytryn & McKnew, 1979; Kashani, 1981; Kashani & Cantwell, 1983; Miller, Birnbaum & Durbin, 1990; Rutter & Garmezy, 1983).

Dado que neste momento da ciência psicológica muitos destes modelos, quando aplicados aos mais novos, são ainda, essencialmente especulativos, face à escassez de investigações que suportem as hipóteses explicativas desenvolvidas, há que esperar que num futuro próximo eles venham a conseguir provar o seu valor e interesse. No entanto, não se antecipa que eles venham a evidenciar a presença de causas lineares e únicas. É que a linha teórica que mais caminho abre, neste momento, nas teorias causais, é precisamente aquela que é defensora de múltiplas etiologias para o problema em causa - não só face à possibilidade de diversos factores concomitantes no despoletar do problema, como dada a probabilidade de existência de vários tipos de depressão em alternativa a uma única entidade. O progresso realizado nos últimos anos ao nível das conceptualizações dos processos subjacentes evoluiu, com incrível rapidez, de modelos simples envolvendo apenas uma ou duas variáveis, para representações intrincadas envolvendo diversas variáveis interactivas.

Estas conceptualizações parecem promissoras na explicação de muitos dos dados contraditórios surgidos nas pesquisas, e correspondem à noção de que nenhuma perspectiva isolada poderá explicar o imenso leque e complexidade dos distúrbios afectivos (Kazdin, 1987a). Como diziam Kovacs e seus colegas, já em 1981, "ainda que as explicações etiológicas actuais sublinhem diferentes facetas do distúrbio, nenhuma pode explicar totalmente como os sistemas psicológicos, fisiológicos e ambientais se interconjugam no desencadear, manter e recuperar da doença depressiva e como tais interacções podem diferir nos subtipos depressivos " (Kovacs, Rush, Beck & Hollon, 1981, p. 39).

Quer estudemos a depressão adulta, quer a depressão infantil, continuamos sem saber dar respostas a um intrincado conjunto de questões conceptuais que nos ajudarão a avançar caminho. Deixamos em relevo duas dessas questões: a que se liga com a direcção de causalidade de muitos dos factores explicativos envolvidos nos modelos e a das diferenças de resposta individuais face aos mesmos contextos etiológicos. Talvez em breve possamos perceber "que modelo - ou modelos - é mais relevante para que tipo de depressão em que nível etário e para que sexo" (Cantwell, 1990, p.12) e no caso vertente, possamos reconhecer o valor heurístico dos modelos quando aplicados à depressão dos mais jovens. Só a pesquisa empírica poderá responder a esta questão, embora até ao momento e, globalmente, os poucos dados, sugiram alguma consonância.

Até ao momento não há rede teórica que traga unidade e clareza conceptual às diferentes perspectivas e existe considerável controvérsia sobre vários assuntos cruciais à formulação de uma teoria alargada e totalizante da depressão das crianças e jovens (Cicchetti & Schneider-Rosen,

1984). É possível que o estudo dos processos e competências cognitivas, sociais e afectivas dos sujeitos seja condição prévia para perceber a etiologia envolvida neste processo patológico particular. Creiem alguns autores que sem um enquadramento desenvolvimentista dos processos etiológicos específicos às crianças, talvez não seja possível avançar neste domínio, ou como até aqui, não ir mais do que a reboque das perspectivas dos adultos.

4. DEPRESSÃO E DESENVOLVIMENTO: IMPLICAÇÕES MÚTUAS

"It is clear that there are major changes with age in the styles of affective expression and equally marked variations in the rates of at least certain kinds of affective disorders. It is evident that we are some distance from an adequate understanding of the developmental processes that are involved; equally it is apparent that such an understanding is of crucial importance for both developmentalists and clinicians"

Rutter, 1986

É significativo que a atenção dada à depressão se tenha cingido, até recentemente, ao seu estudo na vida adulta. Durante anos, a própria expressão "depressão infantil" conteve, em si mesma, uma ambivalência insustentável, dado chocar com a imagem de alegria, despreocupação e tempo idílico, associada à infância (Lasko, 1986). Alguns pensadores alimentaram o mito cultural de que as crianças podiam ser difíceis, rabugentas, exigentes, mas que eram, na sua maior parte, felizes por natureza, não tendo cuidados nem responsabilidades e sendo, conseqüentemente, imunes à depressão (Weller & Weller, 1984a). Esta subestimação que os adultos fizeram, no passado, da capacidade das crianças experimentarem depressão ou sentirem dor psicológica, em geral, veio a ser superada pela confirmação de que, não só elas podem sentir grande sofrimento psicológico, como o podem experimentar, desde muito

novas, de formas tão ou mais intensas que os adultos (Miller, 1991). A este dado veio associar-se o facto, clinicamente preocupante, delas possuírem competências menos variadas e menos eficazes para lidar com esse sofrimento, terem menos controlo efectivo sobre a sua vida e, por mais dependentes, estarem mais vulneráveis.

Como vimos, o contacto com crianças e adolescentes depressivos, através da experiência clínica e empírica, veio também subverter estas concepções. Com o reconhecimento da existência e gravidade potencial da depressão nos mais novos, emergiu igualmente a possibilidade de algumas especificidades próprias aos vários momentos da vida pré-adulta (Birleson, 1981; Petti, 1978; Cytryn & McKnew, 1974). Essas especificidades, demonstráveis nas manifestações exteriorizadas dos processos psicopatológicos depressivos, encontraram hipóteses explicativas teóricas nas abordagens desenvolvimentistas, estas defendendo que os processos de desenvolvimento eram uma pré-condição necessária para interpretar eventuais diferenciações. A redução da interpretabilidade do fenómeno às lentes conceptuais e metodológicas utilizadas com os adultos, ainda que com algum valor, arriscava-se, segundo alguns, a esgotar o estudo do problema em formatos inadequados e inconcludentes, tornando indispensável olhar a natureza da depressão em função das mudanças normativas associadas com a idade e com as etapas desenvolvimentistas (Kashani et al., 1981; Bürgin, 1986). Só através do reconhecimento e estudo do impacto das capacidades cognitivas, sociocognitivas, emocionais, linguísticas e sociais na manifestação e vivência da depressão nos mais novos (com as consequentes implicações ao nível dos procedimentos de definição, avaliação, classificação, etiologia, sequelas, tratamento e prognóstico), se atingiria a

verdadeira compreensão deste domínio (Bemporad e Wilson, 1978; Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984, 1986; Clarizio, 1989; Kazdin, 1981; Rutter, 1986; Trad, 1987).

Para percorrer o caminho conducente ao entendimento da relação entre depressão e desenvolvimento, o estudo da perturbação depressiva precisou apoiar-se em diversas outras áreas do saber psicológico. Os dados e as teorias sobre o desenvolvimento normal mostraram ser instrumentos imprescindíveis nessa compreensão. A confluência teórica entre os "universais do desenvolvimento" e as idiossincracias do comportamento patológico em cada etapa, mostrou-se bastante promissora, ao colocar o estudo da depressão centrado na integração entre a disfunção psicológica e as competências estrutural e funcionalmente mutáveis do jovem em desenvolvimento (Clarizio, 1989). Do quadrante clínico vieram também suportes para este tipo de conceptualização, já que as acções típicas do procedimento e estudo psicopatológico mostravam depender, para serem eficazes, das adaptações às características da etapa de vida em que se encontrava o sujeito-alvo da mudança e, consequentemente, das competências que ele possuía e demonstrava na sua adaptação à vida diária (Stark, Brookman & Frazier, 1990).

O interesse em estudar a extensão em que as características de um organismo em desenvolvimento mediavam o aparecimento e as formas da depressão, e a maneira como a esta poderia interferir com a progressão das competências apropriadas à idade, deram lugar a um conjunto relativamente restrito de publicações, conceptualmente ricas, mas empíricamente limitadas (e.g. Clarizio, 1989; Garber, 1984a; Kaslow & Rehm, 1983; Rutter, 1986a; Kovacs, 1989b; Kovacs & Paulaskas, 1984).

Reconhecem-se três fios condutores no estudo da relação entre desenvolvimento e depressão infanto-juvenil: o primeiro, explorando as diferenças na vivência e expressão da depressão (sintomáticas, de incidência e de gravidade) em função dos níveis etários e das etapas de desenvolvimento; o segundo, aprofundando o impacto da depressão na adaptação e progressão desenvolvimentista; e o terceiro, estudando a transitoriedade ou cronicidade do problema e a sua continuidade na vida adulta (Kovacs, 1989b).

4. 1. Diferenças na incidência, na experiência e na expressão da depressão em função do desenvolvimento

Já em 1978, Bemporad e Wilson (p. 336) afirmavam que "não se trata de saber se a depressão de tipo adulto pode ocorrer nas crianças, mas sim como as limitações cognitivas e afectivas próprias aos diferentes estádios de desenvolvimento modificam a experiência e expressão das emoções em geral". Há dez anos atrás, Cicchetti e Schneider-Rosen (1984, p. 10) defendiam que "o que é necessário para o estudo da depressão nas crianças é um enquadramento de natureza desenvolvimentista, adequado, quer ao desenvolvimento normal, quer ao patológico, e um modelo que, formulado neste contexto, possa servir como uma base na qual os factores genéticos, neurobiológicos, constitucionais, psicológicos, familiares e sociológicos, relevantes para a depressão, possam ser analisados na sua interacção com os domínios cognitivo, afectivo e social".

A busca de complementaridade entre a psicopatologia infantil e juvenil e a psicologia do desenvolvimento normal (recentemente

concretizada num novo domínio de estudo, entendido como Psicopatologia do Desenvolvimento [Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984, 1986; Sroufe & Rutter, 1984]), veio a mostrar potencialidades para poder ajudar a esclarecer e a enriquecer o estudo das manifestações depressivas antes da vida adulta e a dar resposta a algumas das questões que mantêm perplexos os especialistas da saúde mental infantil (Clarizio, 1989; Trad, 1986).

Quer de acordo com Cicchetti e Schneider-Rosen (1984; 1986), quer com Sroufe e Rutter (1984), todos eles autores que desafiam a perspectiva do isomorfismo ao longo do curso de vida, é pouco provável ou mesmo irracional esperar encontrar uma coincidência sintomática entre a depressão em adultos e em crianças, dado que as diferenças desenvolvimentistas sequenciais das capacidades e competências impedem uma correspondência unívoca nos sinais, significados e implicações do problema. As crianças são supostas ter estratégias divergentes das dos adultos para interpretar e expressar os estados emocionais internos, bem como possuir mecanismos compensatórios próprios para enfrentarem e lidarem com esses estados.

De acordo com a psicologia do desenvolvimento, influenciada essencialmente por teorias de mudança ontogénica, organísmicas e descrevendo o desenvolvimento por estádios (Piaget, 1952), a criança constrói uma progressão que se caracteriza por transformações permanentes, reflexo da interação equilibrada e activa entre as estruturas internas e o contexto exterior. As mudanças qualitativas daí inerentes reflectem a reorganização de estruturas que se alteram de tarefa de desenvolvimento para tarefa de desenvolvimento. Este complexo processo faz das crianças e adolescentes seres muito particulares quando perspectivados dum ponto de vista psicopatológico, ou de anormalidade.

Como a própria natureza das idades pré-adultas é a **mudança**, quer enquanto mudança interna de competências (a nível do corpo, aptidões e aparência física, capacidades psicológicas, flutuações e labilidade de emoções e humor), quer enquanto mudança externa e situacional (a nível da família, das relações sociais com professores, amigos e colegas e do ambiente físico em geral), o estudo da continuidade e da diferença, do normal e do desvio, tem de ser realizado num contexto de permanente transformação, adaptação e interacção.

O conceito de "depressão mascarada", já referido nos capítulos anteriores, foi um dos primeiros exemplos da aplicação deste tipo de abordagem à depressão, tendo sido depois secundado pela ideia, que reinou brevemente, de que os sintomas depressivos eram normativos nas crianças e adolescentes (Kovacs, 1989; Mishne, 1986; Rutter, 1986a e b).

4.1.1. O processo de desenvolvimento e a possibilidade da existência de depressão

As limitações imputáveis ao processo de desenvolvimento provocaram debates quanto à idade em que a depressão, nas suas manifestações mais graves, poderia surgir. Puseram em dúvida, nomeadamente, a possibilidade das crianças com menos de 8 anos vivenciarem o síndrome depressivo, por restrições na experiência e na expressão da sintomatologia cognitiva (Edelsohn et al., 1992). A dúvida subjacente veio levar à distinção entre depressão-sintoma e depressão clínica (síndrome ou distúrbio), tendo vindo a ser aceite que as crianças mais novas podiam experimentar o primeiro tipo de depressão, mas não o segundo.

Este dado foi confrontado com alguns estudos de caso que mostraram a possibilidade do distúrbio se manifestar, em formas expressivas iguais à dos adultos, em crianças pré-escolares (Kashani & Calson, 1987) e mesmo em bebés (Bowlby, 1969; Spitz, 1946).

Alguns dos sintomas básicos para o diagnóstico de depressão clínica em adultos implicam comportamentos típicos e frequentes de certos níveis etários (como é o caso do choro nos mais novos, ou das mudanças de bom humor para humor disfórico nos adolescentes (Scott, 1989)) e, nas idades mais novas, a sintomatologia depressiva parece encontrar-se associada com um conjunto de sinais não específicos ao problema (exemplos desses sinais são os problemas escolares, o isolamento social, a agressividade, ou a ansiedade generalizada (Kazdin, 1987a)). Estes aspectos poderão levar à omissão ou à atribuição incorrecta do diagnóstico de distúrbio, pelo que há que ter critérios claros diferenciadores de patologia e de normalidade (Rutter, 1986a e b).

4. 1. 3. Depressão e limitações cognitivas inerentes ao desenvolvimento

Tem-se assistido a um debate envolvendo a determinação da possibilidade ou impossibilidade das crianças experimentarem certos sintomas de depressão clínica. A conceptualização, experiência pessoal e expressão de emoções nas crianças parecem ser diferentes das vividas pelos adultos e a importância, peso e interpretação dados aos

acontecimentos parecem divergir de um nível de desenvolvimento para um nível imediatamente acima; neste sentido, a depressão como distúrbio poderá passar, despercebida, dada as diferenças na expressão de sinais subjectivos (Kazdin, 1987a). Com as crianças e adolescentes exibem mudanças emocionais rápidas e muito dependentes do contexto (Bürgin, 1986) e provavelmente não possuem o mesmo espectro emocional dos mais velhos, as atribuições de sentimentos decalcadas do conhecimento adulto, realizadas pelos investigadores e clínicos, podem ser incorrectas (Bemporad & Wilson, 1978).

Com frequência, vem-se discutindo que as competências cognitivas possam impedir que os mais novos experimentem desesperança, desânimo e preocupações com o futuro (Rutter, 1986a; Weiss et al., 1992),⁴ que percepcionem os insucessos como uma limitação estável e duradoura da sua *performance* (Rutter, 1986a), que sejam capazes de sentimentos de culpa (Weiss et al., 1992) ou de auto-desvalorização (Harter, 1987).

Este tipo de reflexão tem versado sobre as ligações destes constructos aos estádios piagetianos. Aqui se apresenta, como exemplo, a ligação desta teoria com um dos sintomas depressivos frequentemente defendidos nas escolas de pensamento dinâmico e nalgumas abordagens cognitivas: o sentimento de culpa. Segundo Weiss e colaboradores (1992), quando, ao atingir o pensamento formal, o adolescente ganha acesso ao raciocínio sobre o abstrato e, conseqüentemente à possibilidade de atender e

⁴ Um estudo de Kazdin, publicado em 1986, ao apresentar uma escala já atrás referida (Hopelessness Scale for Children) para avaliar as expectativas negativas em relação ao futuro de crianças entre os 6 e os 13 anos, verifica que, tal como nos adultos, as crianças depressivas demonstram elevados níveis de desesperança quanto ao futuro. Segundo este autor, isso desconfirma a crença de que as crianças, incapazes de conceptualizar o futuro com clareza, não poderão vivenciar este padrão cognitivo e afectivo, tão típico da depressão adulta (Beck, 1987).

preocupar-se com questões morais e sociais acede, também, à noção de inadequação moral e de culpa. Nas crianças, por seu lado, incapazes deste tipo de pensamento, as atribuições de responsabilidade e culpa pelos seus próprios comportamentos são realizadas com base nas consequências da quebra das regras, anteriormente estabelecidas. Segundo os autores referidos, as noções de culpabilidade aqui envolvidas mostram-se baseadas em estruturas cognitivas distintas, qualitativamente diferentes e, portanto, estarão presentes numa etapa de vida mas não noutras e trarão implicações teóricas e empíricas também diferenciadas (Weiss et al., 1992). Este tipo de análises, conceptualmente interessante, tem sido raramente explorada em estudos empíricos.

4. 1. 3. Desenvolvimento e avaliação da depressão

O processo de avaliação tem também sido enquadrado nas temáticas desenvolvimentistas, já que se entende que ele pode ser afectado pelas capacidades do sujeito. Dado que os procedimentos avaliativos da depressão se apoiam fortemente no auto-relato e estes implicam, entre outros aspectos, a linguagem, a cooperação, o entendimento do processo, a compreensão de alguns constructos psicológicos, a introspecção, a expressão verbal de aspectos organizados na memória (aspectos mediados pelo desenvolvimento), há que atender às competências da criança para o realizar (Kovacs, 1989b). Certos autores põem em causa a capacidade dos mais novos em informar sobre os seus estados psicológicos. No início da infância a criança é limitada na fluência verbal, necessária para se reconhecer e expressar o afecto depressivo ou qualquer sentimento ou cognição. A depressão é assim manifestada e avaliada, primariamente,

através do seu comportamento exteriorizado e humor global. As dúvidas e inconcordâncias entre juízes, presentes, como veremos, na avaliação da depressão, podem ter aqui algumas das suas explicações, dada a imposição de um certo grau de inferência envolvido neste processo. No início da escolaridade parece começar a ser possível a expressão verbal de sentimentos, mas estes poderão ser mediados pela fantasia ou pela imaturidade na compreensão da realidade, de novo colocando dúvidas quanto à viabilidade de um diagnóstico adequado. O avançar no desenvolvimento irá permitindo uma expressão comportamental do humor mais óbvia, menos dúbia para avaliadores exteriores e para o próprio e trará também progressivas capacidades de autocompreensão e verbalização de estados internos. Segundo Lasko (1986), o atingir dessas capacidades aumentará a probabilidade de reconhecer as manifestações depressivas e, consequentemente, de as diagnosticar. Estes aspectos serão aprofundados no capítulo 7 deste trabalho.

Essencialmente por razões de complexidade metodológica, os esforços empíricos foram escassos e as ligações entre teoria e dados são inexistentes ou incoerentes. Quando existem resultados sobre depressão e desenvolvimento, eles tendem mais frequentemente a ser complexos, contrateóricos e contra-intuitivos (Kovacs e Paulaskas, 1984), do que a confirmar, de forma linear e esperada, as hipóteses teóricas (Rutter, 1986a). Até ao momento, a perspectiva desenvolvimentista não conseguiu demonstrar a natureza exacta da relação da depressão com as mudanças inerentes ao desenvolvimento, nem tão pouco identificá-las ou prevêê-las (Weiss et al., 1992). Vejamos como e porquê.

Uma das evidências da mediação do processo de desenvolvimento

na expressão das desordens afectivas é a do aumento gradual da frequência da depressão após a infância (Cantwell, 1990; Rutter, 1986a), mas as imprecisões metodológicas de muitos dos estudos tornam difícil a confirmação inequívoca. Havendo alguma evidência de que há mais depressão e ela é mais grave nas crianças mais velhas ou nos adolescentes, comparativamente com as mais novas (Carlson & Cantwell, 1982), esta evidência não está presente em todos os trabalhos empíricos. Poderemos ver, no próximo capítulo deste trabalho, como os estudos de incidência se têm demonstrado imbuídos em desacordos e imprecisões, complexificando possíveis conclusões a este nível.

A maioria dos estudos empíricos tem-se centrado, muito em particular, na análise das especificidades sintomáticas associadas com diferentes níveis etários.

Começamos por citar um interessante trabalho de Achenbach e Edelbrock, publicado em 1983 e 85. Os autores, ao estudarem os resultados da aplicação de uma escala para pais (*Child Behavior Checklist*) a rapazes e raparigas de 4 a 5, 6 a 11 e 12 a 16 anos, viram emergir um factor de depressão em todos os grupos etários, à excepção do grupo dos 12 aos 16 anos. Neste grupo não surgiu a presença de qualquer factor deste tipo no que respeita aos rapazes, estando presente, para as raparigas destas idades, um factor depressivo agrupado com itens relacionados com isolamento social, comportamento secretista, timidez e prazer em estar só. Interessa-nos sublinhar, deste estudo, que o factor de depressão surgiu associado com diferentes itens, numa variação que se mostrou dependente da idade e do sexo dos sujeitos. Assim, nas raparigas de 6 a 11 anos (mas não nas de 4 e 5) ele surgia relacionado com verbalizações sobre suicídio e com outros sintomas típicos da depressão, enquanto que nos rapazes destas

idades, o factor se agrupava, a par de outros itens considerados como descritores da depressão, a sentimentos de ansiedade e sentimentos persecutórios (o que, de novo, não acontecia às crianças de 4 e 5 anos).

Deste trabalho, concluiu-se sobre a possibilidade da diferenciação sintomática da depressão ao longo do desenvolvimento e ainda da sua especificidade a nível sexual, sugerindo-se a importância de seguir, nas pesquisas empíricas, a busca, não dos isomorfismos, mas sim das dissimilaridades entre os vários momentos da vida, para vir a criar uma possível caracterização diferencial.

Um estudo de Carlson e Kashani (1988) já citado, veio, de alguma forma, contradizer estas possibilidades, ao sugerir que os sintomas estavam sempre presentes, com a mesma aparência e tipo, ao longo do ciclo de vida, apenas se modificando nas suas frequências. Assim, os sintomas de humor depressivo, baixa concentração, insónia e ideação suicida, ocorriam com frequências semelhantes ao longo do ciclo de vida. Em contrapartida, o desespero, a perda de prazer nas actividades, a variação diurna do humor, o atraso psicomotor e as alucinações aumentavam com a idade, enquanto a aparência depressiva, a auto-estima baixa e as queixas somáticas diminuíam com o aumento do nível etário.

Rutter, na sua obra de 1988, apoia ambas as anteriores hipóteses, já que defende que a tristeza, o desgosto, ou o humor negativo se apresentam em morfologias semelhantes nas crianças de todas as idades, contrariamente ao que parece acontecer com o choro, muito mais comum e típico nos mais novos e com as mudanças de humor, mais frequentes na adolescência. Assim, é pressuposto pelo autor que alguns sintomas se modificam em termos da sua expressão e outros apenas da sua frequência.

Para Mishne (1986), os sintomas presentes na adolescência e na

infância são completamente distintos. No caso dos jovens depressivos, eles são a incapacidade de estar calmo, o estar cronicamente aborrecido, a procura de excitação e estimulação, a ansiedade, as inibições na aprendizagem, a anorexia, a bulimia, as confusões na identidade sexual, a dependência de drogas, a delinquência e *acting-out*; no caso das crianças depressivas, os sintomas exibidos são as perturbações de sono e de alimentação, as cólicas, o choro, o negativismo, as birras, a propensão para acidentes, as fugas de casa e o comportamento anti-social."

Diversos outros autores se interessaram pelos aspectos sintomáticos diferenciais, característicos de cada nível etário, agora não tanto numa perspectiva descritiva, mas mais em termos das suas implicações no processo de identificação, diagnóstico e avaliação da depressão. Assim acontece com Kazdin (1989a) que, ao analisar a pertinência de se utilizarem os mesmos sintomas centrais em adultos e crianças para identificar a depressão, critica o uso do choro como medida de tristeza nas crianças, face à sua variação comum em função da idade. Kazdin (1989a), citando um estudo de Werry e Quay (1971), apresenta dados indicativos de que cerca de 18% das crianças de 6 anos choram 2 a 3 vezes por semana, contra apenas 2% dos jovens púberes. Assim, a adoção deste critério de forma isomórfica em qualquer idade parece-lhe desprovido de significado clínico.

Também a tristeza facial, por vezes concretizada em ausência de

⁴⁹ Esta distinção clara entre adolescência e pré-adolescência (incluindo a 1ª e a 2ª infâncias) é raramente explicitada, ainda que muitos autores tendam a agrupar a depressão pós-púbere à dos adultos, quer em termos conceptuais, quer em termos metodológicos. A actual não confirmação nem explicitação da ligação de certas fronteiras e características (níveis etários e desenvolvimentistas) com a depressão, faz com que não separemos, neste trabalho, as crianças dos adolescentes.

sorriso e sinal sintomático importante de humor triste ou depressivo, foi já questionada no 'valor que' possui nas crianças mais novas, bem como na relação de exclusividade que mantém com a depressão. Não só parece não ser um sintoma típico deste problema, dado que também está presente, de acordo com o DSM-III, nos distúrbios de ansiedade de separação e nos distúrbios de oposição (Earls, 1982); como pode não representar o mesmo que representa nos adultos. Para além disso, trata-se de inferir de uma expressão facial uma emoção de afecto ou humor, inferência que pode ser incorrecta no significado particular e diferenciado que é atribuído pelo seu actor e pelo observador. Na sequência destas asserções e de uma meta-análise de três estudos que eles próprios realizaram, Kashani e colaboradores (1986) propõem que, para identificar a depressão ao nível pré-escolar, em vez do sintoma de tristeza, se procure nas crianças a presença de irritabilidade como sentimento predominante. Esta proposta apoia-se no pressuposto que a irritabilidade é mais comum nos mais novos, facto que, de novo, não se encontra incontestavelmente confirmado.

O comportamento de ausência de apetite é igualmente, de novo segundo Kazdin (1989a), um critério duvidoso para determinação da presença de depressão nos mais novos. De acordo com Macfarlane, Allen e Honzik (1954), citados no artigo de Kazdin (1989a) acima referido, 37% das raparigas e 29% dos rapazes de 5 anos do seu estudo demonstravam fraco apetite, sendo que por volta dos 9 anos essa percentagem descia, respectivamente, para 9 e 6 %. Com uma tão grande variabilidade ao longo do desenvolvimento, Kazdin (1989a) reflecte que este não parece ser um bom sintoma para determinar a presença ou ausência de depressão nas populações mais jovens.

Pode ser levantado o mesmo tipo de questões relativamente às

queixas somáticas, já que elas próprias podem ser comportamentos de imitação ou chamada de atenção sobre si e não sintomas depressivos de verdadeira depressão. As dores de cabeça e de barriga são, segundo alguns autores, sintomas somáticos de depressão comuns nas crianças e adolescentes (Poznanski, 1982), mas sabe-se que eles não têm nada de específico ao problema. Não se sabe assim qual o seu significado clínico real e qual a possibilidade da sua extrapolação da depressão típica dos adultos, para a das populações mais jovens.

A temática do suicídio, como mais à frente veremos, é também altamente controversa nas idades mais jovens. Como interpretar comportamentos de auto-agressão grave antes da pré-escolaridade? Trata-se de facto de comportamentos com a intenção óbvia de pôr termo à vida, ou apenas de acidentes de crianças que não têm ainda a noção do efeito das acções que põem em prática (ingerir medicamentos ou substâncias letais que estão, perigosamente, ao seu alcance, ou saltar de um 10º andar reproduzindo a fantasia de um herói voador de desenho animado) nem do que é exacta e concretamente a morte, na sua qualidade de final biológico universal e irreversível? Se estivermos face a uma criança ou jovem que tenha sido alvo de abuso sexual, seja testemunha de grande violência física, ou tenha vivenciado o suicídio consumado ou a sua tentativa nalgum familiar próximo, poderemos estar perante a imitação de modelos ou a ausência de aprendizagem de formas alternativas para lidar com o sofrimento psicológico, quando ela age em auto-agressão, pondo em risco a sua vida. Poderá estar por detrás uma clara intencionalidade para a morte, uma incompetência para resolver dificuldades, ou uma forma de chamada de atenção por parte do meio, que a negligencia ou agride. É assim possível que a idade e a experiência interfiram com o significado e a expressão

deste comportamento e com a frequência com que surge e deve ser entendido nos mais novos (Kovacs, 1989b).

Se estas questões se colocam com tal premência em relação aos sintomas centrais da depressão, ainda se põem com maior justificação nos aspectos que lhe estão associados. Dado que se supõe que estes também variem com o desenvolvimento (aspecto já discutido quando definimos o problema, no ponto 1 deste capítulo), o próprio processo de diagnóstico tem que envolver a atenção a características comportamentais diferenciadas, de grupo etário para grupo etário (Cantwell, 1983). É assim que o DSM-III-R apresenta, como sintomas associados ou periféricos para o diagnóstico da depressão, comportamentos que diferem com a idade.³⁰ Como vimos, não existe confirmação empírica para eles.

A par destes e de outros dados, que têm mostrado que a ocorrência, o tipo de diagnóstico de depressão, as suas formas e as percentagens de incidência parecem estar, em certos casos, dependentes da idade ou do nível de desenvolvimento (Carlson & Cantwell, 1979; Esser et al., 1990; Rutter, 1986a), outros se têm mostrado menos concludentes ou vieram contradizer estas informações (Kaslow et al., 1984; Kovacs & Paulaskas, 1984).

Têm sido tecidas algumas justificações para as incongruências encontradas ou para a ausência de dados confirmatórios da teoria. Para começar, os poucos trabalhos de campo têm mostrado uma grande concentração no estudo da depressão enquanto sintoma, o tem possivelmente

³⁰ É evidente que o surgimento da noção de "sintomas associados" foi consequente da própria verificação de particularidades sintomáticas associadas aos diversos níveis etários.

fragilizado as pesquisas neste domínio, tanto mais que estarmos a lidar com um sintoma ou com um conjunto de sintomas não tem as mesmas implicações nem significado. Em simultâneo, os apoios empíricos mais fortes para uma abordagem desenvolvimentista da depressão são originários da normatividade de certos sintomas em certos níveis etários (como o choro ou as inconsistências no comportamento alimentar, atrás revistos), esquecendo-se que a depressão clínica implica um conjunto de sintomas que limitam a adaptação e funcionalidade do sujeito. É na procura da presença do complexo sintomático que se deve centrar a investigação desenvolvimentista e não apenas na expressão isolada deste ou aquele sintoma. Para tentar perceber a manutenção ou alteração fenomenológica do conjunto sintomático e a forma como a expressão de sintomas molares da depressão se pode manter relativamente estável em face das mudanças de desenvolvimento que se desenrolam ao nível molecular (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1986), Rutter (1986a) defende a necessidade de se estudarem as mudanças que ocorrem na forma e na frequência da depressão-síndrome, em estudos longitudinais, ao longo do ciclo de vida.

Foi igualmente analisado o facto dos efeitos do desenvolvimento não serem detectados, da mesma forma, nos vários anos de vida, podendo ser mais acessíveis nas idades mais baixas. Tal provocaria um desnível na comparação entre os resultados de vários grupos etários (Kovacs, 1989b).

O critério usado para estudar e definir o nível de desenvolvimento do sujeito tem igualmente sido bastante criticado. Raramente se utilizaram critérios que não a idade cronológica para aprofundar as ligações da evolução temporal com a depressão, apesar de se defender que o uso comum deste critério etário não será suficiente para esclarecer os pressupostos patentes nas abordagens desenvolvimentistas, já que não é um

índice sensível para detectar efeitos de desenvolvimento (Kovacs, 1989b). Tal como defendido na literatura sobre o tema, parece intuitivamente necessário o envolvimento de conceitos teóricos e de abordagens metodológicas inerentemente desenvolvimentistas (como os estádios piagetianos) ou de princípios de desenvolvimento mais latos (diferenciação, holismo) para realizar este estudo (Kazdin, 1989a).

Esta proposta metodológica foi já posta em prática num estudo de Kovacs e Paulaskas (1984) e tal como acontecera com outros domínios das análises desenvolvimentistas, a concretização empírica deste pressuposto conceptual não mostrou provocar os resultados esperados. Assim, as autoras - das poucas a realizar estudos utilizando estádios de desenvolvimento (cognitivo e socio-cognitivo) e de maturação fisiológica como critérios definidores do desenvolvimento do sujeito para explorarem a sua relação com a fenomenologia da depressão - depararam, igualmente, com conclusões confusas e inconsistentes quanto a esta ligação. Em particular, falharam em encontrar o efeito de qualquer mediação entre os estádios de desenvolvimento e a depressão. Neste interessante estudo, o estágio de desenvolvimento cognitivo não se mostrou relacionado com a duração ou tipo de depressão, verificando-se sim que as crianças mais novas, mais imaturas do ponto de vista físico e de nível de desenvolvimento cognitivo e socio-cognitivo mais baixo eram, na sua amostra, as que mostravam depressões mais crónicas e maior dificuldade em recuperar, contrariando as hipóteses teóricas.

Deste trabalho, Kovacs e Paulaskas (1984) concluem que as medidas existentes, baseadas na teoria do desenvolvimento infantil, podem igualmente não ter a sensibilidade necessária para detectar os efeitos teoricamente esperados (Kovacs, 1989b).

4.2. O impacto da depressão no desenvolvimento

Nas crianças a depressão é vista, por alguns autores, como potencialmente desastrosa nas suas consequências, sendo encarada como uma ameaça para o próprio processo de desenvolvimento (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984). Pressupõe-se que deve ser estudada, não apenas na forma como afecta a adaptação presente do sujeito, mas também para entender como impede ou atrasa o progresso do desenvolvimento futuro (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984). Se efectivamente a depressão afectar adversamente o funcionamento global, com marcas profundas nos domínios social, cognitivo e físico do sujeito, tal como o defendem as teorias que a descrevem e a explicam, então ela terá implicações, também globais, no desenvolvimento futuro desse mesmo sujeito.

Neste enquadramento será importante atender à noção de competência, inicial e futura, da criança. Esta pode ser entendida como a capacidade para utilizar os recursos pessoais e do meio no sentido de atingir uma adaptação satisfatória para a idade, resolvendo assim com sucesso as tarefas de desenvolvimento que lhe são apropriadas (Cicchetti e Schneider-Rosen, 1984). Não é suficiente atender a uma classificação e categorização simples do problema e dos sintomas e comportamentos que o implicam, dado que uma compreensão adequada da depressão infanto-juvenil só advém de uma perspectiva mais lata, que abranja os padrões de competência e de adaptação.

É preciso compreender, segundo Cicchetti e Schneider-Rosen (1984, p. 273) "como as formas precoces do comportamento se organizam hierarquicamente em padrões mais complexos dentro do sistema do

desenvolvimento, a forma como os modos e as funções futuras evoluem de protótipos anteriores e como as funções globais e difusas se integram num todo". Entender os efeitos das experiências precoces na futura adaptação implica considerar, em simultâneo, os actuais níveis de competência, funcionamento e adaptação e a interacção destes com a experiência externa (Cicchetti e Schneider-Rosen, 1984).

O episódio depressivo pode ter dois tipos de impacto, de acordo com a idade em que surge: (a) provocar incompetência durante o episódio, que possa levar à precipitação doutro episódio futuro de depressão ou (b) levar a incompetência após a depressão, resultando em futura incompetência e em vulnerabilidade à depressão. Assim, é de esperar que o *timing* do início do episódio depressivo e as competências que a criança ou adolescente possuíam, nesse momento, possam ter implicações específicas para a natureza, a forma sindrómica, o tratamento e a futura prevenção do problema (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984) e possam vir a perturbar a aquisição ou o desabrochar das competências apropriadas à idade (Kovacs, 1989b).³¹ As disfunções particulares provocadas ou exibidas pela depressão (como o insucesso escolar ou a desintegração social), podem levar a diferentes resultados (de adaptação futura, de continuidade, de tempo de recuperação, de repetição, etc.).

Apesar da escassez de estudos empíricos neste domínio, foi já sugerido que a presença da depressão clínica nas crianças de idade pré-

³¹ Estes factores estão confundidos com o impacto que pode ter um eventual acontecimento stressante que estivesse na origem da depressão. Por exemplo há alguma evidência de que a perda da mãe possa ser um importante factor de risco se ocorrer antes dos 11 anos (Brown et al., 1973), havendo indícios de que o período que medeia entre os 5 e os 10 anos é, globalmente, o de maior vulnerabilidade aos acontecimentos de stress, aqui se incluindo, em particular, o risco de inadequadas interações com os pares (Garnezy, 1987).

escolar e escolar e nos adolescentes, reduzirá a progressão do seu desenvolvimento cognitivo nalgumas áreas e interferirá com a aprendizagem, em geral e com a aquisição de competências verbais em particular (Kovacs et al., 1988; Masters et al., 1979, citado em Kovacs, 1989b). Da mesma forma foi verificado que em adolescentes com desordem afectiva bipolar, a deterioração escolar pode ser um concomitante do início da disfunção (Bashir et al., 1987, citado em Kovacs, 1989b). A desadaptação depressiva também já mostrou ter influência nas capacidades relacionais do sujeito, em particular na formação de relações de amizade (Kovacs, 1989b).

O impacto do problema tem sido equacionado, também, em termos de prognóstico. Os trabalhos revistos neste domínio apontam igualmente para a complexidade envolvida no estudo do prognóstico e sugerem a possibilidade de que o impacto da depressão leve as consequências diferentes em circunstâncias diferentes, com os sujeitos depressivos envolvidos a responder de formas diversificadas, eventualmente em consonância com sub-tipos depressivos e características demográficas e desenvolvimentistas próprias. Indicam igualmente a necessidade de controlar, de forma sistemática, variáveis que possam associar-se e influenciar, radicalmente, os resultados encontrados.

O estudo dos factores que facilitam ou impedem um bom prognóstico virá, igualmente, a ser fulcral neste domínio sendo que, até ao momento e do pouco que se sabe, o núcleo familiar, as melhorias psicossociais dentro da família e a presença de competências específicas no reportório do sujeito, que aumentem ou fortifiquem a sua auto-estima (ser um bom atleta, um bom músico, um bom estudante...), parecem ter um importante papel facilitador neste processo, neutralizando o impacto do

problema e possíveis disfunções e desadaptações futuras no curso desenvolvimentista (Esser et al., 1990)."

4.3. O problema da continuidade

Seguindo o ponto de vista de Rutter (1988, 1989), o estudo da psicopatologia nas idades mais jovens deve ser enquadrado nas discontinuidades e continuidades desenvolvimentistas."

O estudo da natureza das ligações e continuidades entre a saúde mental nas crianças e nos mesmos sujeitos, quando adultos, tem sido encarado, nos últimos anos, como um domínio chave na compreensão da psicopatologia. Por sua vez, a depressão tem sido uma das áreas onde têm surgido mais trabalhos relativos a essa continuidade. Até ao momento, parece que os distúrbios emocionais, quando entendidos isoladamente e tal como acontece com muitos outros distúrbios (Zeitlin, 1990), tendem a afirmar-se, confirmar-se ou desenvolver-se com o tempo (Asarnow & Carlson, 1985; Asarnow et al., 1987; Kovacs et al., 1984 a e b)."

³² Uma pesquisa de Asarnow e Carlson (1988) mostra-nos que uma família intacta e apoiante (sem stress intra-familiar, desacordo ou divórcio parental; bom ajustamento pré-mórbido e intervenção terapêutica precoce) poderá ser dos factores com mais peso na determinação do tipo de prognóstico.

³³ Rutter, no seu artigo de 1989, apresenta os seguintes tipos de discontinuidades, que ele crê interagirem de forma complexa: 1) efeito da influência da infância na Saúde Mental adulta, 2) persistência e duração do distúrbio na infância, 3) impacto do distúrbio na infância no risco de desenvolvimento de perturbação adulta, 4) impacto da perturbação na infância na natureza do distúrbio adulta, 5) perturbações na infância afectando acontecimentos na idade adulta e que altere a probabilidade de perturbação.

³⁴ Dos poucos estudos realizados à volta desta temática, extraíram-se conclusões à primeira vista não consonantes: umas, que vão no sentido da manutenção da sintomatologia após meses ou anos sem intervenção específica, outras que apontam prognósticos bem mais positivos, sobretudo se comparados com o de outros problemas clínicos como os de tipo externalizado (Esser et al., 1990). Obviamente que estão aqui entrelaçados dois formatos metodológicos: a abordagem autónoma do problema e a abordagem comparativa entre a depressão e outras entidades clínicas de diferente natureza. Desta forma, não se trata de inconsistências nos resultados empíricos encontrados, mas mais de divergências na forma de olhar para a mesma temática. Como exemplo, aqui citamos um recente estudo epidemiológico longitudinal realizado por Esser, Schmidt e Woerner (1990), que nos apresenta dados indicativos de que 16 a 18 % dos jovens de 8 e 13 ano

entanto, a depressão não é dos problemas psicológicos com pior evolução, já que, quando comparada com outro tipo de distúrbios, como os psicóticos, evidencia um melhor prognóstico. Salientemos, no entanto, que estes dados envolvem comparações e não deixemos escamotear que o prognóstico do Distúrbio Depressivo parece evidenciar, por si mesmo e nalguns casos, um futuro não muito favorável.

Diversas pesquisas empíricas têm trazido informações sobre este tópico; encontramos estudos sugerindo a manutenção temporal do problema e o seu valor preditivo, este confirmado num mau prognóstico, por vezes entendido mesmo como pior do que nos adultos (e. g. Asarnow, 1988; Carlson & Cantwell, 1984; Kandel & Davies, 1986; Kovacs et al., 1984a; Poznanski, Krahnbuhl & Zrull, 1976; Strober, 1989, citado em Cantwell, 1990) e, em muito menor número, estudos negando essa estabilidade e predictabilidade (Clarizio, 1989; Dahl, 1971, citado em Clarizio, 1989; Lefkowitz & Burton, 1978).⁵⁵ Analisemos alguns.

Entre os primeiros, encontramos um trabalho desenvolvido por Poznansky e colaboradores (1976), o qual verificou que 50% dos sujeitos ainda se encontravam clinicamente deprimidos ao serem re-avaliados seis anos e meio depois. Rutter (Rutter et al., 1981), estudando uma população escolar de 2000 crianças entre os 10 e os 11 anos, encontrou um aumento

analisados, são passíveis de serem diagnosticados com desordens psicológicas. Destes, um terço a um quarto exibe a perturbação de forma grave, necessitando absolutamente de intervenção terapêutica, sendo que o diagnóstico de distúrbio emocional aparece como o diagnóstico prevalente aos 8 anos e, 5 anos mais tarde, são as desordens de conduta que surgem como mais frequentes (p. 260). De notar que estes resultados contrariam as habituais linhas de pensamento e outros estudos empíricos relativos a estes problemas é que, do ponto de vista do prognóstico, as desordens emocionais se mostravam bastante promissoras quando comparadas com as desordens de conduta. Se vista isoladamente, a depressão mostrava-se, apesar de tudo, persistente.

⁵⁵ Nenhum destes estudos estava vocacionado para estudar, especificamente, a continuidade da depressão no tempo (Clarizio, 1989), o que limita a interpretação dos dados.

na incidência inicial de 10/12% de presença de depressão, para 40% quando reavaliou os mesmos sujeitos, quatro anos mais tarde. A gravidade da depressão também aumentara, passando os casos de sentimentos de disforia, a casos de Distúrbio de Depressão Maior.

Nolen-Hoeksema e colegas (1986), num estudo sobre sintomatologia depressiva em crianças, de 8 a 11 anos, concluíram que, ainda que no período de um ano, a maioria das crianças estudadas não mantivesse o mesmo nível de depressão (passando muitas das depressivas a não-depressivas), um sub-grupo dessas crianças inicialmente depressivas mantinha o seu nível (moderado) de depressão bastante estável.

Da mesma forma, Kovacs, num cuidadoso estudo realizado em 1984 com uma equipe de colegas, conclui que a depressão parece ser relativamente persistente, podendo tornar-se mais grave com o passar do tempo, não evidenciando assim um prognóstico muito positivo. No entanto, esse prognóstico parece variar de acordo com o tipo de diagnóstico realizado, ou seja com o tipo de depressão (bipolar/unipolar, distímica/menor, etc.) e, ainda, com a idade de aparecimento. As pesquisas realizadas permitiram concluir que, no espaço que mediava entre o início de um Distúrbio Distímico e os cinco anos seguintes, 69% das crianças com esse diagnóstico viriam a vivenciar episódios de Depressão Maior (Kovacs et al., 1984b). Verificaram, também, que o Distúrbio de Ajustamento com Humor Depressivo tinha uma duração média de 25 semanas, o Distúrbio de Depressão Maior tinha uma duração média de 32 semanas e o Distúrbio Distímico uma duração média de três anos. Neste último caso, o nível de depressão grave vivenciado prolongava-se, em 31% dos sujeitos, há mais de cinco anos.

As temáticas da continuidade e da estabilidade foram também

exploradas numa pesquisa longitudinal realizada por Kandel e Davies, em 1986. Estes autores verificaram que os sujeitos adolescentes que apresentavam resultados moderados ou graves, considerados depressivos, num questionário para medição de sintomas, tinham uma probabilidade mais elevada de serem depressivos 9 anos depois, já adultos. Estes autores estudaram também o impacto a longo prazo da presença da depressão, o qual era evidenciado pelo facto dos adolescentes depressivos terem evoluído para adultos com mais problemas de saúde, quer físicos, quer psicológicos e com fraco funcionamento social (redução da capacidade de estabelecer uma relação de intimidade) e ocupacional (Kandel & Davies, 1986).*

Entre os estudos que negam a estabilidade do problema temos dois trabalhos de Zeitlin (1978; 1985, citado em Zeitlin, 1990) que nos mostram que a continuidade entre a depressão infanto-juvenil e a depressão adulta não é frequente e que depende dos critérios utilizados para a diagnosticar. Dos resultados encontrados, o autor concluiu que muitos dos casos de distúrbio depressivo adulto não haviam sido precedidos por qualquer forma de perturbação na infância.

A área relativa ao estudo da manutenção ou desaparecimento de comportamentos desadaptados, concomitantes com a presença da depressão, após o desaparecimento desta, é outro dos aspectos importantes a aprofundar neste domínio, mas poucas são as conclusões actuais. Os dados existentes apontam para uma permanência de disfunções em certos domínios específicos, em particular no domínio interpessoal das relações do jovem depressivo com a família e colegas.

*O domínio de estudo relativo ao impacto da depressão tem sido, infelizmente, pouco explorado nas populações jovens.

Um trabalho de Puig-Antich e colaboradores (1985a e 1985b) centrado sobre este tópico, verificou que, apesar dos índices de comportamento social antes do episódio depressivo mostrarem um nível relativamente adequado, as crianças evidenciavam um comportamento social inadaptado, quer durante os episódios depressivos, quer após a sua recuperação. Tal poderá apontar para a necessidade de um tempo alargado depois do episódio clínico para voltarem ao seu nível social pré-mórbido e alertar para que as terapias, a par das intervenções na área da sintomatologia depressiva, se centrem, em simultâneo, noutras áreas adaptativas, como a social (Asarnow & Ben-Meir, 1988). Mais que tudo, sugere que não é possível estudar a depressão apenas nas suas manifestações sintomáticas típicas, mas é fundamental, mesmo após o seu *terminus*, que se atendam aos processos mais gerais de adaptação, já que o impacto e a persistência de outras variáveis associadas pode determinar ou não o ressurgimento do problema. Ainda neste domínio, parece que as crianças que têm um episódio depressivo e não recebem tratamento ficarão mais vulneráveis à sua repetição (Miller, 1991).

Apesar da tendência destes dados, no geral, sugerir a manutenção do problema e alguns dos seus correlatos ao longo do tempo, o tema não foi ainda caracterizado de forma indubitável e a comunidade científica continua crente de que a recuperação de um episódio depressivo é mais rápida nas populações infanto-juvenis que na população adulta. No entanto, as informações empíricas que vão chegando, parecem mostrar que esta recuperação pode ser bem mais difícil do que se supunha, dada a estabilidade ou exacerbação dos sintomas específicos, sobretudo ao nível da depressão-distúrbio e a concomitância de disfuncionalidades mais gerais.

associadas, que também se mantêm (Kazdin, 1987a; Kovacs et al., 1984a e b).

Os limites metodológicos dos estudos realizados e a dificuldade consequente da sua comparação (tipo de população envolvida, tempo de seguimento, *design* do estudo, critérios para definir depressão, natureza das medidas utilizadas) não permitiram, ainda, atingir dados irrefutáveis e válidos. O tipo de depressão (sintoma, síndrome ou distúrbio), a ligação a outras entidades clínicas, a forma de expressão, sintomática e temporal, a idade de início, o grau de incapacidade provocado pela disfunção, o nível de adaptação prévia ao episódio depressivo e o contexto relacional/familiar, todos poderão concorrer para auxiliar na determinação e na predição da eventual cronicidade ou transitoriedade do problema, numa interação complexa e ainda pouco percebida (Cantwell, 1990; Clarizio, 1989).

Em conclusão

Postuladas as ligações teórico-clínicas, os dados empíricos encaminham-se para mostrar que (1) ainda que os sintomas depressivos isolados possam sofrer adaptações específicas às capacidades desenvolvimentistas das crianças, o síndrome e o distúrbio se pode encontrar em formas bastante semelhantes em qualquer ponto do ciclo de vida (Ryan et al., 1987; Weiss et al., 1992); (2) que a depressão, sobretudo

¹⁷ Estão aqui entrelaçados dois factores: o da manutenção, sem interrupção, dos sintomas depressivos por períodos de tempo mais ou menos prolongados e o do desaparecimento provisório e re-aparição desses sintomas ou perturbação ao longo do desenvolvimento e da entrada em novas fases da vida (infância, adolescência, idade adulta). Os estudos nem sempre são exímios em separá-los e a literatura confunde-os, apesar da importância que tem a sua independência.

em forma de desordem ou de distúrbio, tende mais frequentemente a ser persistente do que a surgir como transitória (Kovacs et al., 1984a e b); (3) que a depressão tem consequências negativas sobre a progressão do sujeito, limitando-o no atingir dos marcos do desenvolvimento (Kovacs, 1989b); (4) que parece existir um aumento linear ligando a frequência e a gravidade da depressão ao avanço no desenvolvimento (Cantwell & Carlson, 1984); e (5) que parecem existir algumas ligações entre a depressão infanto-juvenil e a depressão adulta (Cantwell, 1990).

Contudo, continua por reconhecer a importância real que deve ser dada às possíveis mudanças na natureza, sintomatologia comportamental e vivência do problema em função da idade e nível desenvolvimentista do sujeito e ao reconhecimento e integração das limitações eventualmente impostas por essa mesma idade e pelos níveis de desenvolvimento cognitivos, sociocognitivos e emocionais. O que parece não ser discutível é o facto destes fenómenos não serem lineares e das dificuldades metodológicas não auxiliarem na compreensão do problema. No momento presente, apesar da descoberta generalizada que conselheiros e terapeutas parecem ter feito da dimensão desenvolvimentista, que muitos advogam incondicional e acriticamente, vivemos ainda um estado de iniciação e pobreza nos conhecimentos e implicações desta ligação.

5. EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO INFANTO-JUVENIL: INCIDÊNCIA E VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

Na população adulta, a depressão tem sido considerada a "gripe da saúde mental", pelo facto de afectar uma percentagem bastante considerável de indivíduos (Seligman, 1973). Inúmeros estudos têm atestado elevados níveis de incidência, em particular no que diz respeito ao distúrbio depressivo (e.g. Kazdin, 1989a; Weller et al., 1988).

Durante anos, as investigações epidemiológicas desenvolvidas com crianças e jovens caracterizaram-se mais por estimativas globais sobre o desajustamento ou os distúrbios psiquiátricos em geral (Kashani et al., 1987) e menos por análises de problemas clínicos específicos.³⁴ O estudo da depressão nos mais novos, sofreu as consequências deste desenrolar histórico e só recentemente começou a ser explorado em termos de incidência, duração e impacto.

Para identificar crianças e adolescentes depressivos e reconhecer a extensão do problema que vivenciam, as investigações existentes têm

³⁴ *Epidemiologia* é aqui entendida como "o estudo da ocorrência e distribuição da saúde e da doença nas populações" (Kellam, 1990, p.13); no caso particular desta tese, será a exploração e compreensão da presença e frequência da depressão nas populações pré-adultas. Existem diversos tipos de epidemiologia: (1) a demográfica (descrição das características da população em função de vectores relacionados com a saúde ou a perturbação, permitindo a criação de um contexto para conhecer as suas causas e consequências); (2) a de transição (estudo da distribuição das frequências de incidência de saúde e doença em populações que vivenciam mudanças no ambiente físico e/ou social); (3) a comunitária (compreensão da etiologia e curso de uma doença em contextos sociais e microanalíticos particulares - família, escola, cidade X - estudando as características do sujeito, do campo social em que se encontra e da sua interação); (4) a desenvolvimentista (integrando a comunitária com o curso do desenvolvimento) e (5) a experimental (estudando e testando antecedentes específicos, ou factores de risco, patentes nos modelos de desenvolvimento e permitindo integrar aspectos etiológicos, de vulnerabilidade e de prevenção) (Kellam, 1990). De entre estes vários níveis da investigação epidemiológica, o mais comum na depressão infanto-juvenil tem sido o da epidemiologia demográfica; só recentemente surgiram algumas pesquisas nos outros níveis de estudo.

tentado, por um lado, estabelecer a percentagem, frequência e gravidade de ocorrência da depressão nestes grupos e, por outro, determinar o curso, a persistência, as sequelas e o prognóstico do problema" (Esser et al., 1990; Kashani e Orvaschel, 1988; Lasko, 1986).

A escassez de estudos tem sido notória, não apenas em Portugal onde os dados são omissos, mas igualmente a nível internacional, onde as informações existentes são pouco sistematizadas, contraditórias e nada fiáveis. O carácter recente destes estudos, "a par das deficiências metodológicas e das indefinições teóricas de que enfermam, são consequência óbvia das controvérsias, imprecisões e dificuldades na definição, avaliação e diagnóstico desta entidade, já anteriormente referidas, bem como de um conjunto de limitações próprias à pesquisa neste domínio epidemiológico (Esser et al., 1990; Doménech-Llaberia, 1989; Lasko, 1986; Seligman & Peterson, 86).

As limitações de tipo empírico-metodológico, podem ser resumidas da seguinte forma: (1) amostras heterogéneas aglomeradas sob o mesmo rótulo diagnóstico e consideradas como niveladas em termos de gravidade e duração do problema (Kashani & Sherman, 1988); (2) critérios e instrumentos de diagnóstico e classificação tendendo a variar de estudo para estudo, ou a não serem explicitados (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987)"; (3) diferenças desenvolvimentistas nos sujeitos estudados, que

⁹⁹ Dado já ter sido abordado, no capítulo anterior, aquando da discussão sobre continuidade, os temas da persistência, curso e prognóstico do problema não serão aqui referidos.

¹⁰⁰ É de notar que em 1977 não existia, ainda nenhum estudo sobre a incidência das manifestações depressivas nas crianças, e que demonstra, mais uma vez, o carácter tardio de todo o processo de investigação do problema nestas idades (Lefkowitz, 1977; Lefkowitz & Tessiny, 1985).

¹⁰¹ Por vezes, encontramos mesmo inexistência de critérios de diagnóstico (Campbell, 1984; Cartwell, 1983), não coincidência entre os instrumentos utilizados (Kazdin, 1981), presença de critérios diversificados (estatísticos ou de ponto de corte) definidores de depressão e desacordo naquilo que representa a depressão por eles definida (Kazdin et al, 1987a).

influenciam a administração e resposta aos instrumentos de medida (Kashani, 1989); (4) uso de formatos metodológicos de tipo transversal em detrimento de metodologias longitudinais ou de metodologias mistas, envolvendo ambos os formatos; (5) estudos realizados, na sua maioria, com populações clínicas, ainda que os estudos com populações normais pareçam ser mais ricos e menos enviesados para um conhecimento alargado da incidência do problema (Llaberia et al., 1991); (6) metodologias de avaliação carecendo frequentemente de qualidades psicométricas válidas (Cantwell, 1983); (7) utilização indiscriminada de diferentes tipos de informadores (própria criança, pais, colegas, clínicos) (Kashani & Orvaschel, 1988) e (8) comparações ao mesmo nível entre amostras com diferentes estatutos (clínicos, etários, socio-económicos, etc.) (Kashani et al., 1984; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; Lefkowitz & Tessiny, 1985). Aqui, dentro de grupos com igual classificação (mesmo grupo etário, mesmo sexo...), as diferenças entre os dados são também profundas (Kashani & Sherman, 1988; Kazdin, 1987a).

A maioria das investigações tem estudado a incidência através da identificação de sub-amostras cujos resultados em instrumentos de avaliação, preenchidos pelo próprio, colegas ou pais, sejam reflexo de níveis depressivos estatisticamente elevados (Kazdin, 1989a). Uma minoria tem utilizado entrevistas estruturadas, realizadas junto do próprio ou dos pais, cotadas pelo clínico e apoiadas em critérios operacionais conducentes a diagnósticos psiquiátricos (Kashani et al., 1987).

As variáveis epidemiológicas mais comumente estudadas no contexto das percentagens de incidência têm sido o sexo e a idade. Alguns poucos estudos, atenderam também à etnia, ao estatuto socio-económico e

ao nível de inteligência, como forma de caracterizar, em termos qualitativos, as "quantidades" de depressivos encontradas (Kashani & Sherman, 1988). A fraqueza e insignificância empíricas dos dados a este último nível faz com que, neste trabalho, apenas abordemos as variáveis sexo e idade.⁴²

5.1. Relação entre os padrões de incidência e o género sexual dos sujeitos

Alguns estudos apontam para a inexistência de diferenças significativas entre os sexos na incidência da depressão nas crianças (Carlson & Cantwell, 1979; Escrivá & Gándara, 1989; Kashani et al., 1982, 1983; Lefkowitz & Tessiny, 1981, 1985; Orvaschel, 1983). Segundo estas pesquisas, ou não surgem diferenças, ou, quando se verificam, surgem apenas a nível da adolescência, mas não antes disso (Kashani & Sherman, 1988; Kazdin, 1989a; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987a e b; Rutter, 1980).

Esta conclusão não é partilhada por todos os estudos evidenciando, desde já, as incongruências do campo (Lefkowitz et al. 1985). Assim, contrariamente à depressão com surgimento mais tardio, algumas

⁴² Como exemplo de alguns dos dados encontrados em domínios demográficos menos estudados e da presença de algumas contradições no seu seio, citamos aqui um estudo de Kashani e colegas (1983a), onde se verificou que as crianças brancas eram avaliadas pelas suas mães como mais depressivas do que as crianças negras (fenómeno não confirmado na auto-avaliação) e que as mães usufruindo de apoio da segurança social (em consequência do seu grau de pobreza) tinham crianças que se auto-avaliavam como mais depressivas do que aquelas cujas famílias não recebiam esse apoio; no entanto, essas crianças não se diferenciavam nas avaliações realizadas pelos pais e pelas mães. Num outro estudo de Kazdin e colaboradores (1983), este último aspecto veio a ser invertido, já que não existiam variações nas auto-avaliações das crianças cujas famílias eram economicamente apoiadas pela segurança social, mas surgiam agora nas avaliações dos pais e mães pertencentes a essas famílias, os quais apontavam os seus filhos como mais depressivos. Nesta última pesquisa, confirmavam-se ainda, parcialmente, os dados anteriormente referidos (Kovacs et al., 1983a), relativos à diferenciação entre etnia negra e branca, já que, ainda que as mães brancas não considerassem os seus filhos como mais depressivos, tal como acontecera no estudo anteriormente citado, os pais das crianças brancas tendiam a fazê-lo. Neste último estudo era patente um outro aspecto interessante: as mães biológicas avaliavam os seus filhos como mais depressivos do que as mães adoptivas (Kazdin et al., 1983b). Segundo sabemos, estes dados não foram replicados ou refutados noutros estudos, o que os torna frágeis.

pesquisas têm mostrado que a das crianças (6 - 12 anos) afecta mais os rapazes do que as raparigas.

Um artigo de Carlson & Kashani, publicado em 1988, é um dos que confirma a diferenciação entre sexos. Assim, ao realizarem uma análise comparativa entre três estudos desenvolvidos com populações pré-escolar, pré-púbere, adolescente e adulta, os autores encontraram os seguintes resultados: até à adolescência era mais comum a depressão nos rapazes (razão rapaz/rapariga de 6 para 3 na pré-escolaridade e de 59 para 36 na pré-puberdade). Nos grupos pós-púberes, a predominância passava a ser das raparigas (razão homens/mulheres de 42 contra 50 nos adolescentes e 31 contra 69 nos adultos). (1988, p. 123).⁶³

O único estudo realizado em Portugal, que conhecemos e que envolvia uma amostra de 563 sujeitos (284 rapazes e 279 raparigas), com idades entre os 7 e os 17 anos e mais de 40 sujeitos em cada faixa etária (7-10; 11-13; 14-17), veio apoiar, igualmente, esta perspectiva, já que encontrou resultados significativos na faixa dos 7-10 anos, nos rapazes. Estes apresentavam mais sintomas depressivos em relação às raparigas e estes sintomas iriam diminuir com a idade enquanto os das raparigas tendiam a aumentar. Verificava-se um crescendo progressivo na adolescência, onde o sexo feminino passa a liderar, ainda que os resultados não fossem estatisticamente significativos (Baptista et al., 1990).

A literatura com adolescentes sugere, de forma bastante consonante nas revisões bibliográficas (Kaplan et al., 1984), o facto de, quando existem resultados mais elevados nos rapazes pré-púberes, este

⁶³ Para Kashani e colegas (1987), coloca-se a questão destas diferenças se deverem a artefactos metodológicos por se utilizarem amostras com maior incidência de rapazes, questão que ainda não foi empiricamente respondida.

factor tender a inverter-se por volta da puberdade e os distúrbios depressivos surgirem como mais frequentes nas raparigas que nos rapazes, assim se mantendo pela vida adulta, onde a predominância é claramente feminina" (Kashani et al., 1987; Kazdin, 1987a, 1989a; Weissman & Klerman, 1978). É também no início da adolescência que parecem surgir as diferenças de gravidade entre rapazes e raparigas, tendendo a aumentar a partir daí (Kazdin, 1989a).

Uma recente pesquisa de Llaberia e colegas, realizada na população espanhola (1991), vem confirmar as diferenças de sexo a partir da adolescência, sendo que na sua amostra o Distúrbio de Depressão Maior é já mais elevado nas raparigas a partir dos 13 anos. Esta diferença de incidência e gravidade parece assim iniciar-se nos préâmbulos da puberdade e aumentar progressivamente até a vida adulta (Kandel & Davies, 1986).

Concluindo, ainda que durante a infância possa haver uma maior incidência de rapazes depressivos, o género sexual só é factor de risco, ao que parece, após a puberdade e deste período em diante as manifestações clínicas depressivas previligiaram, na sua incidência, as raparigas (Lefkowitz & Tessiny, 1985; Nolen-Hoeksema, 1988).

5.2. Relação entre os padrões de incidência e o nível etário dos sujeitos

Dos dados disponíveis, tem vingado a conclusão, unanimemente aceite, de que existe uma escalada no surgimento da depressão, escalada essa associada à progressão no desenvolvimento.

A ocorrência deste diagnóstico particular (como de outros dentro

*Sensivelmente o dobro nas mulheres.

da psicopatologia) parece estar dependente da idade (Esser et al., 1990; Rutter et al., 1976), já que foram encontradas diferentes incidências em diferentes momentos da vida pré-adulta. Assim, a incidência é tendencialmente mais baixa nas idades mais novas, subindo durante a infância média, aumentando progressivamente durante a pré-adolescência e atingindo níveis muito mais elevados na adolescência (Rutter, 1986a)."

Os dados apresentados em Orvaschel (1983) são exemplificativos destas asserções, já que mostram que 0,85% de doentes psiquiátricos com menos de 10 anos, evidenciando diagnóstico de depressão, duplicarão entre os 10 e os 14 anos para 1,7% e passarão para 7,6% aos 18-19 anos. Estudos de Kashani e colaboradores (Kashani et al., 1982, 1984, 1985, 1987) parecem mostrar que, usando critérios do DSM-III para diagnosticar o Distúrbio de Depressão Maior, se encontram incidências de 0,9% entre 1 e 6 anos de idade, de 1,8% dos 6 aos 9 anos e de 4,7% entre os 14 e os 16 anos.

No mesmo sentido vão os resultados de uma recente revisão bibliográfica levada a cabo por Fleming e Offord (1990), visando estudos epidemiológicos de distúrbios psicopatológicos em crianças "normais"; os autores encontraram 14 trabalhos com requisitos metodológicos mínimos e, desses, as percentagens de crianças e jovens com um diagnóstico de Depressão Maior oscilavam entre os 0,4 e os 2,2% até à puberdade e quadriplicavam com a chegada à adolescência. Estudos de Carlson e Cantwell (1979, 1980 e 1982), Kashani & Carlson (1987) e Rutter (Rutter

⁴³ Os estudos revistos envolvem sujeitos com idades compreendidas entre 1 e 19 anos; no entanto, a grande maioria da investigação existente tem-se centrado, fundamentalmente, no grupo etário entre os 6 e os 12 anos.

et al., 1970) confirmam esta tendência de aumento na percentagem de incidência da depressão acompanhando o avanço etário, ainda que, como vemos, as percentagens encontradas diverjam.

As explicações que têm surgido para este aumento são diversificadas, lineares e pouco aprofundadas; uns atribuem-no à idade, outros ao processo físico-psicológico da puberdade, outros ao processo de desenvolvimento e outros ainda, num diferente enquadramento, suspeitam que este aumento seja artificial e meramente consequente das metodologias utilizadas (Rutter, 1970). Dado que a quase totalidade dos estudos aqui referidos se apoia em metodologias transversais, talvez os estudos longitudinais possam vir, no futuro, a trazer compreensão sobre estes dados e sobre as causas que o justificam.

A diferenciação na progressão em amostras clínicas e escolares em função dos níveis etários e dos grupos sexuais, poderá também ser desejável em termos de esclarecimentos mais aprofundados da epidemiologia em questão. Segundo Kazdin (1987a), aquilo que de momento poderemos concluir é que os dados existentes em relação ao sexo e ao nível etário tendem a sugerir uma incidência maior na adolescência do que na infância e uma incidência superior de rapazes nas idades mais novas, em contraste com um maior número de casos de raparigas a partir da puberdade.

Analisemos agora as informações existentes sobre os diversos patamares etários.

O nível etário sobre o qual menos se sabe é o que medeia entre o período do nascimento e a escolaridade.

O estudo empírico com crianças em idade pré-escolar é bastante controverso: é muito raro e metodologicamente complexo por razões de

vária índole, em particular de natureza desenvolvimentista (capacidade limitada para interpretar e descrever verbalmente sintomas, para conceptualizar duração e gravidade, para distinguir sentimentos e comportamentos) e avaliativa (ausência de critérios e instrumentos válidos e adaptados aos diferentes níveis de desenvolvimento) (Kashani & Carlson, 1985, 1987; Kashani & Ray, 1983, 1987; Kashani et al., 1984). As repercursões são bem patentes na literatura, que a estes níveis etários apresenta essencialmente estudos de caso e reflecte, naturalmente, a própria dúvida de fundo sobre a existência do problema neste período etário. É em especial posta em causa a presença da depressão de tipo endógeno, ou seja, como vimos, a depressão que não é claramente acompanhada de circunstâncias psicossociais caóticas ou dramáticas (Kashani & Carlson, 1985).

Por estas razões teóricas e outras clínicas e metodológicas, são visíveis diversas controvérsias e desacordos em volta da noção de depressão na primeira infância. Como já vimos, o conceito de depressão nos bebés não é linearmente aceite (Rie, 1966; Trad, 1987) e quando se fala da sua possibilidade, ela é limitada à depressão anaclítica e ao hospitalismo, consideradas, como já se referiu, de natureza diferente da depressão clínica adulta (Trad, 1987).

Quando os estudos se desenvolvem à roda de crianças com mais de dois anos, começa a haver alguns dados concretos, ainda que as opiniões divergentes não tenham desaparecido, e os problemas metodológicos se mantêm.

Assim, a possibilidade de que os pré-escolares "normais" apresentem *sintomas* depressivos está, com frequência, patente na literatura, mas muitas das vezes, esses sintomas não se apresentam

suficientemente completos e graves para equivalerem a um quadro psiquiátrico de Depressão Maior (Kashani et al., 1986). Em simultâneo, nos estudos desenvolvidos por autores que aceitam a presença de depressão clínica grave em qualquer momento do ciclo de vida, a conclusão maioritária quanto à presença desse tipo de depressão em crianças de idade pré-escolar vai no sentido da baixa frequência de um síndrome isomórfico ao dos adultos (Kashani & Carlson, 1987).

Como exemplo das dificuldades em jogo e dos índices de incidência característicos deste grupo, lembremos aqui um dos poucos estudos realizados nesta etapa de vida. Kashani e Carlson (1987) pretenderam estudar a depressão no período etário entre o ano e meio e os seis anos; para encontrarem nove sujeitos que preenchessem os critérios DSM-III para Depressão Maior, necessitaram entrevistar, numa amostra clínica e durante cinco anos, um total de 1000 crianças.

Será que a justificação destas incidências assenta no uso de critérios típicos da depressão adulta o qual, face às diferenças desenvolvimentistas nas competências auto-avaliativas e na manifestação de sintomas, provoca as baixas percentagens encontradas, ou trata-se efectivamente de uma frequência baixa "real" nesta faixa etária (Kashani et al., 1983)? Esta é uma questão que só poderá esclarecer-se face a mais e melhores pesquisas.

As dificuldades, indecisões e imprecisões ao nível da 1ª infância, fizeram com que os níveis etários mais estudados viessem a ser a idade escolar e a adolescência. Em seguida analisamos o que se sabe, em termos epidemiológicos, neste domínio. Uma revisão da literatura mostra-nos, à partida, grandes discrepâncias nos dados de incidência provenientes, quer

dos estudos clínicos, quer dos empíricos (Lefkowitz & Tesiny, 1985), bem como profundas diferenciações no seio das populações estudadas. Os trabalhos realizados centram-se, ora sobre as populações ditas "normais" ou comunitárias, habitualmente provenientes das instituições escolares, ora sobre populações clínicas envolvidas nalgum tipo de instituição ou apoio psicológico ou psicopatológico.

As incidências encontradas nas **populações normais escolares**, variam entre os 0% e os 33% (Kaslow & Wambolt, 1985).⁶⁶

Esta variação substancial encontra as suas raízes nas imprecisões teóricas e metodológicas com que abrimos este capítulo. Os formatos avaliativos, a maneira como é definido "caso" depressivo, o envolvimento indiscriminado e não especificado de grupos etários e sexuais distintos, em muito contribuíram para estes resultados tão diversos.

Como exemplo destas discrepâncias, citamos aqui um artigo de Nolen-Hoeksema (1988), o qual, revendo alguns dados de incidência, verifica que a percentagem de crianças incluídas no nível depressivo a partir de um instrumento de autodescrição é de 1,6%, mas será de 1,8% quando, em vez de um instrumento auto-avaliativo, se utilizam diagnósticos depressivos realizados por clínicos e avaliados através de entrevista

⁶⁶ Têm surgido estudos revelando percentagens de 1% (Rutter et al., 1970), 1,3% (Kaplan et al., 1984, depressão grave), 1,8% (Kashani & Sherman, 1988, envolvendo pré-adolescentes com distúrbio de depressão maior), 1,9% (Kashani & Simonds, 1979), 2% (Kashani et al., 1981; 1983; Pääänen, 1983), 2,5% (Kashani et al., 1983, incluindo pré-adolescentes com Distúrbio Distímico), 3,3% (Kashani et al., 1987, com adolescentes manifestando Distúrbio Distímico), 4,7% (Kashani & Sherman, 1988, envolvendo adolescentes com Distúrbio de Depressão Maior), 5,2% (Lefkowitz & Tessiny, 1985, incluindo pré-adolescentes avaliados através da nomeação por pares e Escrivá & Gandara, 1989, com 1286 crianças do 3º ano de escolaridade), 7,3% (Kaplan et al., 1984, depressão moderada), 7,6% (Achenbach, 1985), 8% a 9% (Domenech Liaberia, 1989, com sujeitos entre os 9 e os 14 anos, utilizando critérios de diagnóstico operacionais), 10% (Garfinkel, 1988, citado em Campbell, 1990; Pääänen, 1983), 13% (Rutter et al., 1970, com pré-adolescentes), 15% (Leon et al., 1980, 138 adolescentes de 13 a 16 anos), 15 a 18% (Kandel & Davies, 1982; 14 a 19 anos), 18,1% (Weinberg & Emslie, 1988, 13 a 17 anos), 17,4% (Kashani & Simons, 1979, incluindo pré-adolescentes com sintoma de tristeza), 20% (Epstein & Cullinan, 1986), 32% (Teri, 1982, adolescentes, 14 a 17 anos), 33% (Alberi & Beck, 1975, envolvendo pré-adolescentes avaliados com um instrumento de auto-descrição).

estruturada. As percentagens correspondentes para adolescentes são de 21,2% e de 8%, respectivamente.

Na mesma linha vai Domenech Llaberia e colegas, ao encontrarem, na população espanhola avaliada através de uma entrevista clínica de diagnóstico, 1,8 % de incidência média em crianças dos 8 aos 11 anos (1989) e 1,7 de média em jovens entre os 11 e os 14 anos com Distúrbio de Depressão Maior (Domenech Llaberia et al., 1991), sendo que na mesma população, avaliada com questionários de autodescrição da depressão, a incidência de sujeitos com sintomatologia depressiva rondava os 8 a 11%.

Num outro estudo de Domenech Llaberia (1989) o transtorno distímico surge, na população espanhola entre os 8 e os 11 anos, com incidências na ordem dos 6,4%, portanto bastante superiores às encontradas para o Distúrbio de Depressão Maior no mesmo grupo etário. Aqui se demonstrá que, mesmo utilizando o mesmo formato avaliativo, o tipo de critérios, de classificações e os sub-tipos a que estes dão acesso fazem igualmente diferir as percentagens encontradas. Naturalmente, a sua não diferenciação explícita em muitos dos estudos provoca dados incongruentes e confusos.

Também Kashani e Simonds (1979) nos mostraram que, na mesma amostra de crianças, 17% dos sujeitos apresentava sintomas depressivos e apenas 2% atingia critérios de diagnóstico para Depressão Maior.

De igual forma, as comparações entre dados de incidência são, muitas vezes, efectuadas com incorreções, ao serem analisados, em paralelo e sem discriminar, estudos com populações clínicas e não clínicas. Por exemplo, Schwartz e Johnson (1985) estimam que a depressão ocorra

em cerca de 28% de crianças em apoio clínico e em aproximadamente 2% da população geral, sendo este último número confirmado por outros autores (Kashani et al., 1981a; Kazdin, 1987a).

Nos **grupos clínicos em apoio psiquiátrico ou psicológico**, parece efectivamente haver uma tendência mais marcada para se encontrarem resultados entre os 10% e os 30% (Beck et al., 1987; Carlson & Cantwell, 1979; Kashani et al., 1981; Kazdin, 1987a; Puig-Antich & Gittelman, 1982). Certos estudos, no entanto, ultrapassam largamente estes números (59% em Kashani et al., 1981 e Petti, 1978) e as percentagens apontadas para depressão moderada ou grave nas populações clínicas, avaliadas através de critérios operacionais de diagnóstico surgem, de novo, dentro de limites muito abrangentes e díspares (0% a 60%, Kazdin, 1989a; Lasko, 1986; Weinberg et al., 1973).⁶⁷

Existe um interessante fenómeno que perspassa as ligações entre o domínio epidemiológico e a restante literatura da depressão infanto-juvenil. Assim, ainda que as percentagens encontradas nos estudos empíricos que aqui apresentámos demonstrem, globalmente, números elevados, o consenso patente na comunidade científica parece ir no sentido de ignorar estes dados e de considerar a depressão clínica como pouco frequente antes da idade adulta. Costello (1981) representa bem os defensores desta posição, ao afirmar que "quando a investigação sistemática demonstra a existência do síndrome e do distúrbio, mostra, em simultâneo, que ele tende a ser raro". No entanto, se nos basearmos nos resultados empíricos, poderemos dizer que este problema clínico não é tão

⁶⁷ Mesmo quando são utilizados critérios de diagnóstico estandarizados há desacordo em detalhes desse mesmo acto classificativo e há bastante incongruência entre clínicos no diagnóstico de um mesmo sujeito.

raro como durante muito tempo se supôs, surgindo mesmo, por vezes, como vímos, com uma frequência preocupante em contextos não clínicos.

As várias formas e gravidades com que pode surgir e as metodologias com que se avalia, mascaram os resultados da incidência, e muitos dos dados mais elevados prendem-se, provavelmente, à presença de manifestações depressivas menores, como a depressão sintoma, à sua evidência em contextos clínicos e à sua avaliação por meio de instrumentos de despiste. Por outro lado, os dados relativos às incidências mais baixas dependem, supomos, do uso de instrumentos de diagnóstico clínico, de estudos em populações "normais" e correspondem ao distúrbio depressivo em toda a sua gravidade.⁴⁸

De novo, os formatos avaliativos e o tipo e gravidade das depressões que classificam e definem, ao não terem sido conjugados com o tipo de população, em pesquisas cruzando as diversas variáveis, confundem o estudioso da depressão infanto-juvenil e impedem dados fiáveis e comparáveis.

Dadas as imprecisões na explicitação concreta daquilo que está "em estudo", não é de estranhar que os índices relativos às populações clínicas e às populações comunitárias, por vezes, se sobreponham. Este facto pode interpretar-se de duas formas: ou que tais incongruências se devam, exclusivamente, a problemas metodológicos, avaliativos e definidores do conceito, ou que em simultâneo a esses entraves existam

⁴⁸ Nos estudos de psicologia clínica da criança, tem-se verificado ser comum a presença de sintomatologia específica e ser relativamente baixa a percentagem de distúrbios passíveis de diagnóstico - isto, qualquer que seja o domínio classificativo em que nos encontremos (Rutter, 1970). É também assim que parece acontecer no campo da depressão e vímos já como a interpretação deste facto não deve descurar as deficiências metodológicas e conceptuais que necessariamente o influenciam. Diz-nos, por exemplo, Cantwell (1990), que o síndrome e o distúrbio depressivo são muito menos comuns que a manifestação de sintomas depressivos e que o diagnóstico de distúrbio depressivo parece ser mais frequente nos adolescentes que nas crianças, quer investiguemos populações clínicas, quer populações ditas normais.

elevados níveis de incidência na população "normal". Alguns autores, posicionando-se nesta última perspectiva, defendem hoje que o número de casos na população é bastante elevado, em particular face às percentagens relativamente altas de sintomatologia e síndrome depressivo em populações escolares não clínicas (Kaslow & Rehm, 1983).

A incidência da depressão nas populações infantis e juvenis, parece portanto depender do limite etário utilizado, do sexo do sujeito, dos critérios definidores, do tipo e nível de depressão em análise, dos instrumentos avaliativos utilizados e da população em estudo, sendo portanto quase arbitrária já que depende do rigor teórico e metodológico com que é estudada (Doménech Llaberia, 1989). Não fará assim sentido falar de incidência como um constructo global, inespecífico, sobretudo se pretendermos defender uma posição desenvolvimentista e empírica. É esta a perspectiva advogada por Kellam e colegas, num estudo recente (1991), quando nos dizem que há uma grande premência em realizar estudos de epidemiologia desenvolvimentista, os quais implicam um formato metodológico e conceptual que só recentemente veio enriquecer o entendimento e concretização das pesquisas sobre incidência nas idades pré-adultas. Esperam os autores que esta nova metodologia e abordagem possa vir a ultrapassar os entraves mais profundos do estudo epidemiológico da depressão infanto-juvenil.

Globalmente, poderemos afirmar que não faz qualquer sentido avançar no campo da epidemiologia, sem esclarecer, definir e explicitar todos os vectores e variáveis em jogo. Muito menos sentido fará tentarmos

sumarizar ou comparar, acriticamente, os resultados epidemiológicos existentes; se o fizermos, estaremos, na maior parte dos casos, a comparar fenómenos distintos, o que retira qualquer valor aos números encontrados e às explicações que lhe são atribuídas. Assim, num cômputo geral, tudo aponta para a necessidade de reformular profundamente a investigação neste domínio. Se são necessários mais estudos, metodologicamente bem controlados, no sentido de ultrapassar as insuficiências aqui presentes, eles deverão caracterizar-se por serem trabalhos com grandes amostras representativas, envolverem dados sobre incidências exactas, em vez de "estimadas" (Cantwell, 1983; Kashani et al. 1983; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; Lefkowitz & Tessiny, 1985) e incluir:

- o acordo de facto entre os estudiosos do campo quanto à definição do problema;
- uma apresentação precisa dos critérios de classificação e de diagnóstico utilizados (incluindo os critérios de gravidade e de duração tantas vezes esquecidos) e, cada vez de forma mais progressiva, o uso de critérios descritivos estandardizados, abrangentes e passíveis de diagnósticos fiáveis (Kazdin, 1989a);
- uma clara especificação das características das amostras estudadas (tipo de população, idade, sexo, pertença étnica, níveis de escolaridade, contextos socio-culturais, estatutos clínicos ou escolares, etc.);
- o uso de metodologias de avaliação estandardizadas, psicometricamente válidas e específicas da depressão infanto-juvenil;
- uma determinação precisa dos instrumentos de avaliação utilizados e um conhecimento normativo fiável dos critérios definidores de "caso" (sejam critérios de ponto de corte ou estatísticos) e dos avaliadores

em causa;

- a apresentação, inequívoca, dos valores e resultados encontrados na aplicação dos referidos instrumentos;
- o alargamento dos estudos a amostras representativas da população geral de crianças e adolescentes, incluindo, a par das escolares e das clínicas globais, as que apresentam algum outro problema particular, como seja a vivência da morte de um progenitor ou o insucesso escolar;
- o desenvolvimento de estudos longitudinais, que nos possam esclarecer quanto às especificidades epidemiológicas e quanto às consequências futuras da presença da depressão e, ainda, que examinem o problema, não só num contexto socio-cultural e desenvolvimentista, mas perspectivado no tempo, de forma a compreender e prever o seu impacto, a sua duração, as suas sequelas e o seu prognóstico (Campbell, 1984).

6. CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO: AS PERSPECTIVAS PSIQUIÁTRICA E PSICOLÓGICA

"Many see diagnosis as a pseudo-scientific exercise having little practical payoff. Some view classification as unnecessary labeling, which casts a negative stigma on children"

Craig Edelbrock, 1988

6.1. Os processos e os sistemas de classificação e de diagnóstico

Tal como acontece com outros campos do estudo da depressão infanto-juvenil, os domínios da classificação e diagnóstico têm-se mostrado bastante controversos (Carlson & Garber, 1986). A justificação para esse facto pode encontrar-se na sua dependência quanto à determinação de patologia, ela mesma impregnada de subjectividade (Morgan, 1989), bem como fluir doutros factores mais específicos, associados com a definição dada à depressão e à forma como ela é descrita (Kazdin, 1987a).

Num outro nível, a controvérsia advém dos próprios processos e sistemas em jogo. Assim, verifica-se que o conceito de diagnóstico é, ele mesmo, confuso: ou designa um exercício taxonómico estrito, limitado a procedimentos de classificação (agrupando fenómenos, categorizando sinais e sintomas e diferenciando-os uns dos outros), ou refere-se a uma acção lata, explorando a natureza e o significado desses fenómenos disfuncionais

e desenvolvendo uma busca, mais ou menos exaustiva, das suas causas (Edelbrock, 1988).

Para realizar a **classificação** de uma perturbação mental, é necessário inventariar um conjunto de critérios descritivos dos sintomas ou comportamentos que lhe são próprios e exclusivos e que a diferenciam das outras perturbações para, a partir deles, criar categorias que organizam e sintetizam a informação (Kolvin et al., 1984). Quando este sistema é científico, diz-se que se criou uma **taxonomia** e quando essa taxonomia se refere a entidades patológicas, diz-se que se desenvolveu uma **nosologia** (Fernández-Ballesteros, 1992).

Para realizar um **diagnóstico**, aplicam-se as categorias do sistema de classificação a fenómenos observáveis (no âmbito clínico, a sintomas e sinais comportamentais), pelo que deve partir-se de categorias e critérios explícitos e operacionais, avaliados de forma válida e com implicações precisas quanto à etiologia, curso, prognóstico, resposta a tratamento e resultados (Edelbrock, 1988; Fernández-Ballesteros, 1992).

Ambos os procedimentos, classificativos e de diagnóstico, podem ser apoiados, ou em metodologias clínicas, ou em estudos estatísticos e empíricos.

Acontece que, na prática, a distinção entre classificação e diagnóstico é muito dúbia, já que alguns sistemas ditos de diagnóstico não apresentam implicações etiológicas, terapêuticas ou prognósticas, pondo em causa a própria definição daqueles conceitos. Daí que, ao longo do presente capítulo, tratemos ambos de forma indiscriminada e sobreposta, atendendo, em especial, à sua função classificatória.

Comparando os sistemas de diagnóstico em uso nos últimos 30 anos, nota-se um movimento de afastamento de terminologias de tipo

altamente inclusivo, explicativo e teoricamente baseado (apoiado, em especial, em concepções psicanalíticas) e uma aproximação a formatos mais alargados, complexificados, descritivos, não inferenciais e objectivos (Goodman, 1988). Disso são exemplo os dois modelos que dominam as actuais taxonomias - o **psiquiátrico/clínico** (DSM-III-R, APA, 1987) e o **psicológico/empírico** (e.g. Sistema Multivariado de Achenbach, Achenbach, 1978, 1979, Achenbach & Edelbrock, 1978, 1983, 1985)."

Esta evolução, ainda que desejada, não foi, no entanto, nem suficiente, nem satisfatória. Como nos diz Goodman (1988, p.24), "nem todos estão felizes na Terra do Diagnóstico" e o desânimo vive-se, em particular, naqueles que trabalham em saúde mental infantil e juvenil.

Na psicopatologia infantil, esta viragem para perspectivas mais descritivas, aumentou a separação entre o diagnóstico e o tratamento. A inexistência de critérios empiricamente baseados, válidos e adaptados a cada nível etário da população em causa (Puig-Antich et al., 1978), que permitisse aceder à identificação, isolamento e investigação de um grupo homogéneo de crianças e à melhoria da sua integração social (Kazdin, 1988), associaram-se à não diferenciação, válida e fidedigna, entre os vários problemas emocionais e comportamentais dos mais novos (Edelbrock, 1988; Garber, 1984a) e impediram um avanço mais eficaz e determinante no uso destes processos.

"Os processos de classificação e de diagnóstico estão portanto dependentes da escola de pensamento em que se inserem (concepção sobre a psicopatologia, objectivos e interesses da taxonomia, métodos de diagnóstico e de compilação da informação a usar) sendo, portanto, que uma diferente nomenclatura e delimitação do conceito, levará a uma forma também diferente de classificar, diagnosticar e avaliar (Clarizio, 1989) e implicará, mesmo, a atribuição de diferentes graus de importância aos próprios processos de classificação e diagnóstico.

6.2. A classificação, o diagnóstico e a depressão infanto-juvenil

O domínio da depressão infanto-juvenil é bem revelador da arbitrariedade e ineficácia do uso da classificação e do diagnóstico junto de crianças e adolescentes. Tem-se esperado, com alguma impaciência, uma delineação precisa dos critérios classificativos conducentes a um adequado diagnóstico e tal processo tem estado confinado, quer às deficiências inerentes à própria acção classificativa, quer à ausência de independência das depressões dos mais novos, em relação à dos adultos. Até há bem pouco tempo, os sistemas estandardizados para recolha de informação conducente à classificação e ao diagnóstico, desta entidade na população jovem, eram quase inexistentes e não eram aceites de forma universal.

Dado que a classificação e o diagnóstico da depressão nas crianças têm sido realizados, na sua larga maioria, utilizando o sistema psiquiátrico/clínico e servindo-se, apriorística e inflexivelmente, dos critérios da depressão adulta, em vez de partirem de critérios mais abertos, alargados, específicos e empíricos, o estudo do problema encontrou-se, desde sempre, limitado nas suas próprias hipóteses e buscas.

Apesar de parecer lógico que o uso de uma abordagem psicológico-empírica (também denominada psicométrica, multivariada, taxométrica ou quantitativa, Achenbach, 1978; Edelbrock, 1988) fizesse mais sentido entre os profissionais de psicologia, a sua utilização é pouco frequente no diagnóstico da depressão infanto-juvenil. Tal facto leva a que a analisemos de forma mais superficial e a que nos detenhamos, aprofundadamente, na abordagem médica. Caracterizamos, em seguida, ambas as abordagens.

A perspectiva taxométrica surgiu em resposta à insatisfação

sentida com o uso dos sistemas de classificação médicos e tem desenvolvido diversos esforços para identificar empiricamente síndromas e classificá-los em tipologias, através de análises estatísticas multivariadas (e.g. análise factorial ou de *clusters*), que permitam perceber os padrões de associação entre comportamentos descritos por diversos avaliadores (pais, professores, a própria criança, etc.). Os objectivos e metodologias desta abordagem incluem (a) a identificação de síndromas comportamentais; (b) a construção de tipologias dos distúrbios infantis, baseados em dados empíricos; e (3) a determinação da precisão e da validade da avaliação e da classificação, quando baseadas em metodologias psicométricas (Achenbach & Edelbrock, 1978; 1983; 1985; Edelbrock, 1988). As vantagens que lhe têm sido atribuídas envolvem (a) o encorajamento da investigação destinada à determinação de factores etiológicos envolvidos no síndrome; (b) a promoção do desenvolvimento de intervenções eficazes para populações de crianças específicas; e (3) a tentativa de recolha de informação quanto ao prognóstico a longo prazo de crianças com diversos distúrbios comportamentais (Achenbach, 1978, 1979). Quanto a críticas, apenas se conhecem as relativas à sua pouca utilização na intervenção terapêutica (Goodman, 1988) as quais, pouco consubstanciadas, parecem mais ter a ver com a falta de impacto junto dos profissionais de saúde mental, onde as perspectivas estritamente biológicas ainda imperam, do que serem atribuíveis a desvantagens ou limites do procedimento.

Creio que a concepção normativo-desenvolvimentista em que esta abordagem se enquadra (envolvendo, não só uma perspectiva de variabilidade comportamental, quanto de mudança quantitativa e de normas particulares para cada nível etário e para cada sexo), será uma das grandes lanças cravadas no diagnóstico psiquiátrico clássico. A

coordenação de múltiplas perspectivas sobre o comportamento e o reconhecimento do seu relativismo são igualmente factores salientes que complementam o anterior e que não são tidos em conta nas visões médicas do diagnóstico.

O uso, por parte dos psicólogos, do sistema psiquiátrico, é relativamente comum, mas pouco entusiasta. Muitos defendem que os processos de classificação e de diagnóstico não têm uma inegável utilidade clínica; não são relevantes e não servem como auxiliar na acção terapêutica e educativa, já que, tal como o sistema empírico, falham no seu objectivo último - o de guiar nas decisões clínicas sobre o tratamento a desenvolver (Goodman, - 1988). Se o agrupamento categorial do comportamento desajustado não serve para auxiliar na sua prevenção ou correcção, só lhe restam algumas funções, consideradas menores e limitadas (Goodman, 1988), nos campos da identificação, da comunicação entre profissionais e da investigação.

Dentro do quadrante psiquiátrico, alguns autores desenvolveram critérios específicos para os problemas afectivos (Angold, 1988). Contudo, a existência de diversos sistemas de classificação, mais gerais e englobantes de diversas disfunções, tem contribuído para que os critérios classificativos próprios e limitados às perturbações emocionais não sejam utilizados.

Esses diversos sistemas de classificação e diagnóstico têm discordado quanto à forma como organizam os seus critérios. Assim, encontramos sistemas apoiados (1) na etiologia (caso do ICD/9 [International Classification of Diseases, Organização Mundial de Saúde, 1987]/ GAP [Group for the Advancement of Psychiatry, 1966], mais utilizado em países francófonos, germanófilos e em Inglaterra); (2) na

fenomenologia (como é o caso do DSM [Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Revised, American Psychiatric Association, 1987], o mais utilizado nos Estados Unidos da América); (3) na frequência estatística (Kolvin et al., 1984); e (4) nos estádios de desenvolvimento (é o caso do sistema desenvolvido por Weinberg [Weinberg et al., 1973] e criado, em particular, para a depressão nas crianças e jovens [Petti, 1978; Carlson & Cantwell, 1983]).

Entre os procedimentos existentes, o sistema de diagnóstico actualmente mais utilizado em todo o mundo, criado em especial para uso em prática clínica, é o DSM-III-R, desenvolvido a partir do RDC (Research Diagnostic Criteria, Spitzer et al., 1978), o qual, por sua vez, havia sido um alargamento, para uso no contexto de investigação, dos históricos critérios de Feighner e colegas (1972) - estes os primeiros critérios de diagnóstico a serem publicados.

Antes do aparecimento do RDC e do DSM-III-R, havia sido proposto um conjunto de critérios independentes e específicos para realizar o diagnóstico da depressão infantil (Ling et al., 1970), mas o seu impacto e uso foi muito limitado. Nos critérios particulares às crianças, ficaram para a história aqueles desenvolvidos por Weinberg e colegas (1973), que ainda hoje alguns autores utilizam.⁷⁰

⁷⁰ Os critérios de Weinberg são igualmente uma derivação dos de Feighner, adaptando, para as crianças, o que estes últimos haviam proposto para os adultos.

6.3. Análise crítica dos procedimentos de classificação e de diagnóstico da depressão infanto-juvenil

6.3.1. Dificuldades no estudo da depressão infanto-juvenil, subsequentes à diversidade de sistemas de diagnóstico clínico

O uso, ora de um, ora de outro sistema de classificação, tem trazido problemas na comparação de resultados dos estudos empíricos e clínicos. Analisemos as razões dessas dificuldades, concretizando-as nos processos de classificação e de diagnóstico da depressão infanto-juvenil.

Alguns dos critérios necessários para o diagnóstico de depressão nas crianças, característicos de um dos procedimentos de classificação, não têm paralelo noutro sistema. É o caso de alguns dos critérios de Weinberg, que não têm correspondência, nem no DSM-III, nem no DSM-III-R (como é exemplificado na presença de sintomas como as mudanças na atitude face à escola ou na baixa em interação social, ou ainda nas divergências na constelação central - nos critérios de Weinberg é necessária a presença de humor disfórico e ideias auto-depreciativas e nos critérios do DSM-III-R, o humor disfórico ou a perda de prazer). Outra das diferenças está patente no número de sintomas requerido - apenas 2 em 8 para Weinberg e 4 em 8 para o DSM-III-R. O tempo de duração da sintomatologia, para que se considere estar perante um distúrbio, é também divergente entre os dois sistemas, implicando duas semanas para o DSM-III-R e quatro semanas para o sistema de Weinberg.

Globalmente, os critérios de Weinberg são menos selectivos e são mais dispersos e alargados do que os do DSM-III (com ou sem revisão) (Cantwell, 1983). Da mesma forma, e contrariamente ao sistema da APA,

não incluem critérios de exclusão, podendo assim ser diagnosticada uma Depressão Maior em situações em que o DSM-III e o DSM-III-R diagnosticariam um luto ou uma limitação de tipo orgânico. O sistema de Weinberg selecciona, portanto, um grupo de sujeitos "menos" homogêneo (Cantwell, 1983; Kazdin, 1989a).

Em consequência destas disparidades, tem-se verificado que os estudos de incidência demonstram resultados mais elevados quando usam os critérios de Weinberg, comparativamente com os do DSM-III (Carlson & Cantwell, 1980). Estes factores fizeram com que este sistema (na sua versão revista, actualmente utilizada), fosse o eleito para uso corrente no processo de diagnóstico, em detrimento do de Weinberg.

Entre o RDC e o DSM-III-R existem, igualmente, diferenças em número, duração de sintomas e critérios necessários para atingir a classificação de depressão. Estes dois sistemas diferenciam-se, também, no facto dos sub-tipos propostos por ambos não serem coincidentes e serem mutuamente exclusivos num dos casos (DSM-III-R); mas não no outro (RDC), levando, conseqüentemente, de novo, a seleccionar diferentes grupos de indivíduos.

Dentro do mesmo método de classificação, existem também diferenças e transformações ao longo dos anos. Por exemplo, os critérios patentes no DSM-III-R (1987), são considerados muito mais estritos que os do seu antecessor DSM-III (1980) (Carson & Cantwell, 1982), sendo que estes últimos diagnosticavam mais crianças e grupos menos homogêneos, dada a sua menor especificidade (Carlson & Cantwell, 1980)."

" A 1ª edição do DSM (publicada em 1952) não possuía categorias descritivas para crianças, e os critérios que apresentava para os adultos não eram operacionais, nem precisos. A 2ª edição (1968) expandia-se um pouco no reconhecimento e inclusão da psicopatologia infantil, mas viria a ter muito pouco impacto junto da comunidade científica, talvez devido à rotulação em classes excessivamente globais e, de novo, pouco operacionais. Nestas duas versões, as perspectivas psicodinâmicas marcavam profundamente as concepções subjacentes. A 3ª

As implicações práticas inerentes a esta diferenciação, ao nível dos resultados dos estudos empíricos, são preocupantes. Como exemplo, uma revisão de literatura sobre aspectos etiológicos realizada por Miller e seus colegas (Miller, Birnbaum & Durbin, 1990) verifica que em seis estudos analisados sobre as influências parentais no aparecimento da depressão, quatro utilizam critérios de classificação diferentes (Feigher, Weinberg, DSM-III, RDC). Tal facto põe, obviamente, em causa, possíveis paralelismos entre os resultados, já que os sujeitos não eram comparáveis. A análise conjunta de estudos utilizando vários tipos de critérios, deve assim ser cuidadosamente realizada, ter em conta estas limitações metodológicas e conceptuais e explicitá-las claramente, bem como deixar transparente qual o sistema de diagnóstico que utiliza.

Uma das importantes consequências desta situação foi o contínuo advogar do uso universal de um só sistema de diagnóstico, que permitisse um maior acordo nas tomadas de decisão clínicas. Dado o reconhecimento e utilização mais alargada do DSM-III (o facto de ser entendido como o resultado do esforço mais extenso, detalhado e cuidadoso da história da psiquiatria [Harris & Powers, 1984]) e de só com o seu surgimento se ter começado a avançar, de forma determinada e definitiva, no aprofundamento dos distúrbios psiquiátricos nas crianças (Kazdin, 1990), foi proposto que ele fosse o eleito para conduzir os processos de classificação e de diagnóstico a um consenso. Assim, apoiando-nos no seu emprego junto das crianças e adolescentes, em particular na sua versão

edição (1980) incluía já critérios próprios às crianças e aumentava grandemente a especificidade dos critérios utilizados. A revisão desta versão (DSM-III-R, realizada em 1987, ficava marcada pela maior operacionalização dos critérios e pelo aumento das qualidades psicométricas (Achenbach & Edelbrock, 1983). No entanto, como nos dizem Harris e Powers (1984), a maior atenção às crianças e a inclusão de mais categorias de diagnóstico (quadruplicando as existentes no DSM-II), não significaram, necessariamente, melhor qualidade nem aumento de utilidade.

mais utilizada (o DSM-III-R), vamos agora refletir sobre as vantagens e limites do uso deste tipo de processos.

6.3.2. Críticas gerais ao sistema mais em uso - o DSM-III-R

No seu país de origem, os E. U. A., o uso de sistemas com critérios estandardizados, como o DSM-III-R, reveste-se de uma vantagem muito prática, que não faz qualquer sentido no nosso país: a de, através da rotulação do sujeito e seu enquadramento dentro de um diagnóstico preciso, lhe permitir aceder a serviços terapêuticos ou educativos especiais, ou ver o seu tratamento psiquiátrico ou psicológico custeado pelo seguro de saúde.⁷² Sem este valor, qual o interesse e importância da sua utilização no contexto cultural e de política da saúde do nosso país?

O uso corrente e sistemático do DSM-III-R, pela síntese, simplificação, ordenação e estandardização que caracteriza a forma como compila a informação, tem contribuído para reduzir a heterogeneidade nos diagnósticos realizados e, conseqüentemente, para facilitar a comunicação e a uniformização da linguagem dos técnicos. Tem também servido para aumentar o consenso e a possibilidade de comparação dos resultados dos estudos empíricos e clínicos desenvolvidos e para apoiar a validade do diagnóstico realizado com o uso dos critérios dos adultos (Bürgin, 1986; Carlson & Garber, 1986; Clarizio, 1989). Finalmente, tem mostrado dar ao especialista, a par de um resumo conciso da descrição de um dado problema

⁷² O seu valor é, para muitos, medido apenas por este papel instrumental ligado à política de saúde vigente nos E. U. A. Face à arbitrariedade, que por vezes o caracteriza e à necessidade formal de um diagnóstico para preenchimento de formulários, uma eminente terapeuta familiar norte-americana pergunta habitualmente aos seus clientes qual o diagnóstico que desejam ter, permitindo-lhes escolher aquele que será o seu "rótulo" - já que, para que a sua terapia seja custeada pelos seguros, terá que ser conferida pelo técnico de Saúde Mental uma qualquer classificação (Lynn Hoffman, comunicação pessoal, 1991).

e das semelhanças e diferenças entre grupos homogêneos de indivíduos, informação adicional, como seja, em certos casos, o apontar de algumas possíveis etiologias ou, por vezes, ainda que com raridade, de estratégias terapêuticas possíveis.

Mais do que o apontar de vantagens, a nível clínico, heurístico, de investigação e administrativo, uma análise das reflexões sobre este sistema, mostra-nos objecções. Para além das críticas às falhas desenvolvimentistas, que analisaremos mais à frente, têm sido postas em causa muitas outras das suas características. É o caso da falta de operacionalização dos próprios critérios, do grau de inferência necessário para diagnosticar um depressivo em idades pré-escolares,⁷³ ou do facto dos casos "reais" raramente aparecerem com toda a totalidade de sintomas dos quadros clínicos, mas possuírem, no seu reportório, sintomas de diferentes categorias de diagnóstico (Malmquist, 1983). Discute-se, também, como integrar, neste sistema o facto de indivíduos com o mesmo rótulo manifestarem, habitualmente, comportamentos diferentes. As imprecisões e a ausência de ligação entre as perturbações, as suas causas e as suas curas, pesam igualmente contra a sua utilização.

Assim, o DSM-III-R tem sido apontado como levando (a) a escamotear as especificidades e diferenciações comportamentais e sintomáticas do sujeito-alvo; (b) a centrar o trabalho dos estudiosos e dos clínicos num modelo médico, em detrimento de um modelo psicológico; (c) ao uso de categorias arbitrárias, sem a necessária demonstração de evidência científica que as apoie; (d) à não indicação de prognóstico ou de

⁷³ Nas crianças em idade pré-escolar, Burgin (1986) coloca a questão de como inferir o sintoma "humor disfórico" na base da expressão facial, já que o clínico deve atender, em simultâneo, ao critério de duração de duas semanas. Deverá considerar-se que a criança esteve sempre com um *facies* abatido, alheado, sem sorrir? E como operacionalizar o "sempre"?

estratégias terapêuticas, a partir das suas descrições; (e) ao esquecimento das inadequações contextuais, concomitantes, presentes na vida do sujeito, já que centra toda a atenção no problema diagnosticável; (f) a diagnósticos pouco precisos, pouco válidos, pouco sensíveis e inespecíficos; e (g) a uma visão e classificação nomotética, em detrimento de uma ideográfica (Fernández-Ballesteros, 1992).

Mesmo a nível da eficácia do próprio diagnóstico, tem demonstrado uma grande incapacidade em diferenciar entre os extremos não patológicos e patológicos das entidades em estudo (no caso vertente, entre afecto depressivo e síndrome/distúrbio depressivo) (Bürgin, 1986; Clarizio, 1989).

As sobreposições categoriais são também um bom exemplo dos seus defeitos (Kazdin, 1989), demonstrando que, mesmo com a utilização de critérios de exclusão, os distúrbios descritos não conseguem ser mutuamente exclusivos.

Lefkowitz (1977) sublinha a característica tautológica de muitos dos processos de classificação, dado que a entidade clínica é inferida a partir da presença de certos sintomas e os sintomas são depois apontados como provocados pelo distúrbio.

Perspectivando o problema numa linha educacional, podemos apontar ainda a fraca utilidade do uso de um sistema de classificação como o DSM-III-R, pelos psicólogos envolvidos nas escolas, dado que os "sistemas de classificação derivados da psiquiatria não estão orientados clinicamente" (Clarizio, 1984, p. 184) nem, diríamos, educacionalmente (Epstein & Cullinan, 1986). Algumas questões éticas tem surgido aqui entroncadas, já que quando aí são utilizados, têm provocado, com frequência, a estigmatização do sujeito rotulado, marcando, não só a imagem que ele tem

de si próprio e as crenças que possui ou desenvolve na sua eventual possibilidade de controle e mudança, como as expectativas que os outros (colegas e professores) passam a ter dele, podendo, drasticamente, vir a resultar em interferências negativas no rendimento escolar do sujeito ou, de forma mais global, em tudo o que ele consegue (ou não consegue) atingir na vida. Provoca assim uma maior atenção e sensibilidade dos técnicos educativos ao problema, o que poderá ser positivo se correctamente efectuado, mas poderá ser nefasto se implicar, como tantas vezes acontece, um aumento da propensão para classificar qualquer tipo de disfunção com esse rótulo (Kazdin 1989).

É consequente destas afirmações que, para muitos, estes processos não são mais do que uma etiquetagem, categorização ou inclusão numa classe particular, com uma determinada denominação, arbitrária, num só ponto no tempo e por isso se mostram inúteis, ineficazes, inconsistentes, não passando de um exercício ilegítimo de poder social (Carlson & Garber, 1986).

A protecção dos direitos da criança, enquanto consumidor de serviços de saúde mental, deve ter uma atenção especial aquando da realização de descrições diagnósticas e o seu uso deve ser entendido com o cuidado que as suas próprias imprecisões talvez ainda não permitam. Deve, pelo menos, desencadear um permanente processo de revisão e crítica por parte do técnico que o utiliza, não permitir um congelamento das hipóteses sobre a criança e o seu comportamento e provocar uma revisão do processo classificativo com o advento de nova informação ao longo do processo.

Se estas críticas podem ser consideradas gerais e comuns a qualquer sistema classificativo, podemos salientar algumas objecções ao uso

corrente do DSM-III-R. Assim, uma das grandes inovações do seu predecessor (DSM-III) havia sido a introdução do sistema multi-axial, em particular do componente que tomava em linha de conta os factores ambientais no diagnóstico do problema. Esta mudança evidenciava uma tentativa de atender a conceptualizações mais exógenas e psicológicas sobre o fenómeno, deixando para trás uma longa história de determinismo interno. No entanto, na prática do processo classificativo, estes eixos e as informações específicas sobre possíveis variáveis externas, não são tidas em conta pelos técnicos que utilizam o sistema, reduzindo de novo a classificação ao mero processo descritivo sintomático, centrado no "doente". Talvez a complexidade do uso complementar dos diversos eixos ou a ausência do seu enquadramento no eixo principal possa justificar esta dificuldade em concretizar esta inovação, quanto a nós merecedora de todo o louvor.

Estas críticas apontam cada vez mais no sentido de que o DSM-III-R, na forma como é presentemente utilizado, tenha um valor mais evidente no domínio empírico que o domínio clínico; apesar de, na prática, ser mais usado neste último domínio e menos em investigação. Neste caso, é o acordo entre técnicos e a simplificação da informação que são necessários; no terreno clínico, essa simplificação limita as possibilidades de sucesso terapêutico, quanto mais ela for, como vimos, isolada do contexto relacional e ambiental que rodeia o sujeito que diagnosticamos.

6.3.3. Críticas de teor desenvolvimentista

O DSM-III, tentando uma base alargada de uso, quer em investigação quer em clínica e pretendendo possuir uma natureza objectiva

(com critérios de inclusão e de exclusão), descritiva, atórica e provisória, tentou conduzir a uma uniformização e a uma utilização de critérios que fosse independente da idade do sujeito diagnosticado. Pela forma como o empreendeu, transformou-se num alvo de debate e crítica, em especial e no que toca este trabalho, no domínio da classificação da depressão infanto-juvenil (Spitzer, 1985). Supôs-se, por isso, que o consenso que visivelmente emergiu, nos últimos anos, quanto à aceitação de um conjunto de critérios universais para o diagnóstico da depressão, ao longo do ciclo de vida, viesse a ser vulnerável e efêmero.

Nem o DSM-III-R (APA, 1987), nem o seu sucessor, DSM-IV (APA, 1994), apresentam uma categoria particular para a depressão infanto-juvenil. Esta, não surge, como seria lógico (em concordância com os resultados empíricos existentes), dentro da categoria dos "Distúrbios manifestos, pela primeira vez na 1ª e 2ª infâncias ou na adolescência". Com efeito, a sua referência é apenas evidente aquando da descrição da depressão em adultos. Os avanços demonstrados desde 1987 na investigação de depressão infanto-juvenil, faziam antever que esta passasse a surgir no DSM-IV, de forma autónoma, mostrando assim o reconhecimento de que se trata de uma entidade com demasiadas particularidades para ser sobreposta, sem mais, à dos adultos. Estranhamente, isso não aconteceu, tendo havido, pelo contrário, uma redução da atenção específica aos mais novos.

Assim, os critérios utilizados por este sistema para diagnosticar distúrbios afectivos, entre os quais a depressão, continuam a ser aplicados, quer a adultos, quer a crianças, com algumas breves especificações relativas a certos níveis etários. O pressuposto subjacente implica que é

possível encontrar o mesmo conjunto de sintomas básicos em qualquer momento da vida e, conseqüentemente, diagnosticar a mesma entidade clínica utilizando igual formato classificativo.

Para muitos, a demonstração da possibilidade e utilidade de aplicação dos mesmos critérios a qualquer momento da vida, foi o grande valor do uso deste sistema, já que permitiu avanços até aí impensáveis (Cytryn et al., 1980; Kazdin, 1989a). Para outros, essa é a sua grande fraqueza (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984). Sendo cada vez mais aceites a especificidade e variabilidade a) da expressão sintomática, b) do decurso e prognóstico do distúrbio e c) dos aspectos que lhe estão associados em função, entre outros factores, do próprio desenvolvimento (Kazdin, 1990), o uso de iguais critérios, independentemente da idade e das características contextuais do sujeito e problema em causa, tem sido altamente criticado, diluindo-se algumas das suas vantagens nas falhas em que incorre: ".

É pouco provável que qualquer problema clínico se manifeste de forma basicamente igual ao longo de todo o ciclo de vida e se a tendência actual no estudo da depressão, como vimos, defende precisamente esta visão de similariedade fenomenológica (Carlson & Kashani, 1988), os dados empíricos ainda não a sustentam de forma sistemática, tanto mais que demonstram modificações no tipo e frequência dos sintomas (Carlson & Kashani, 1988). Ainda que o DSM-III (versão de 1980 e de 1987) tenha tentado incluir especificações associadas a certos momentos do desenvolvimento, essas especificações não se têm mostrado suficientemente sensíveis àquilo que parecem ser as particularidades de cada etapa.

²⁴ É interessante notar que o uso de metodologias empíricas para a classificação (Edelbrock & Achenbach, 1980) tem precisamente mostrado que as composições ou agrupamentos comportamentais patológicos são distintos, em função da idade e do sexo dos jovens sujeitos, mostrando que os sistemas com categorias e normas de referência estáveis, como é o caso do DSM-III-R, poderão não se ajustar às rápidas mudanças evolutivas associadas às mudanças etárias e desenvolvimentistas (Fernández-Ballesteros, 1992).

Cumulativamente, estas propostas específicas aos momentos de desenvolvimento, não se encontram apoiadas em dados empíricos e, mais uma vez, surgem sem comprovação científica (Cantwell, 1990).

O critério de discontinuidade que perspassa a noção de patologia (Lasko, 1986), é igualmente dúbio quando se pretende caracterizar o momento da mudança do normal para o patológico. Nalguns sujeitos e, sobretudo, em depressões tidas como reactivas, é possível discernir o momento da ruptura ou transição, aqui entendido como o momento do início da sintomatologia. Nos casos da depressão tida como endógena, esta distinção nem sempre é possível ou óbvia para o próprio, ou para os outros que o rodeiam. No caso das crianças e adolescentes, eles próprios envolvidos em processos de discontinuidade permanentes, o diagnóstico complica-se ainda mais.

Como ilustração, vejamos que é altamente controverso o uso de critérios DSM-III-R em crianças de idade pré-escolar (entre 2 anos e meio e 6 anos), apesar de alguns autores terem vindo a defender o seu uso (Kashani, 1983; Kashani & Carlson, 1985; Puig-Antich, 1980). O número limitado de investigadores que utilizam critérios de classificação nestas idades, não tem auxiliado no esclarecimento do problema. Na base das dificuldades metodológicas, estão as limitações linguísticas e cognitivas e as características experienciais e vivências psicossociais difíceis que envolvem muitos destes sujeitos, as quais põem dúvidas quanto à validade preditiva de um diagnóstico depressivo nas crianças com menos de 6 anos (Kashani & Carlson, 1985).

Ainda assim, existem relatos incidindo sobre crianças muito pequenas (até mesmo com 2 anos de idade) que mostram a possibilidade delas preencherem um número mais que suficiente de critérios para

Distúrbio de Depressão Maior (Kashani et al., 1986).

Para ultrapassar algumas destas dificuldades, têm sido feitas propostas que visam criar alternativas à centração do diagnóstico na expressão falada ou escrita junto da criança; nomeadamente (1) o investimento em criatividade e flexibilidade por parte do clínico em adaptar metodologias; (2) a concentração em observações da criança em contexto; e (3) a procura de informação junto de fontes exteriores próximas à criança (Kashani et al., 1986).

Do outro lado da questão está a possibilidade de "deixar passar" a depressão-síndrome por ausência, por parte do sujeito mais jovem, de demonstração de sintomas típicos da depressão (Kazdin, 1987a); bem como dada a associação com outros sinais comportamentais não específicos a esta entidade (problemas escolares, relacionais, etc.).

Alguns autores têm vindo a insistir na ideia de que uma visão desenvolvimentista deverá estar necessariamente presente e complementar o uso de critérios de classificação, no sentido de se atingir uma mais lata compreensão do problema (Carlson & Garber, 1986; Cichetti & Schneider-Rosen, 1984; Kashani, Ray & Carlson, 1984), mas, obviamente, sublinham que ela deve apoiar-se, clara e inequivocamente, em resultados empíricos sistemáticos e partir de uma descrição e definição clara do que é a depressão (Clarizio, 1984). Alguns clínicos estão empenhados em desenvolver critérios de diagnóstico específicos para cada idade (Carlson, 1984; Gelfand, Jenson & Drew, 1988) e em realizar guiões adaptados à idade dos sujeitos, sensíveis às suas mudanças de desenvolvimento e

¹³Um estudo de Kashani e colegas (1986) demonstra que 95% de uma amostra de 100 crianças com idade pré-escolar, referidas a um centro norte-americano de Saúde Mental, são passíveis de ser classificadas com diagnósticos do DSM-III.

atentos, quer à experiência, quer à expressão diferenciada da depressão (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984). A surgirem, algumas destas propostas e adaptações específicas poderão ter significado e impacto maior ao nível da experiência terapêutica, onde é maior a proximidade com as particularidades sintomáticas da criança e faz mais sentido adaptar as metodologias as essas particularidades.

Numa obra de Carlson e Cantwell (1986), já citada anteriormente, é sugerido que se identifiquem sintomas próprios a cada nível etário e que se tenha em conta o nível de funcionamento individual nos domínios afectados pela depressão. Pressupõem os autores que existam sintomas comuns à depressão adulta e, em simultâneo, sintomas particulares a cada idade. Assim, o tipo de classificação proposta envolverá um método por camadas, sendo que a primeira dessas camadas incluirá os sintomas e sinais clínicos básicos que parecem ser consistentes em todas as idades, a segunda os sintomas que surgem raramente nas crianças, mas que, caso existam, são considerados sinais de depressão e a terceira camada envolva sintomas altamente específicos e associados a certos níveis etários. É portanto esperado que o número e tipo de sintomas possa variar com a etapa de vida.

É curioso que, tal como vimos no capítulo relativo ao desenvolvimento, todo este movimento se baseie, essencialmente, em suposições teóricas e nalguns estudos empíricos, limitados, inconclusivos ou desconfirmatórios (Kovacs & Paulaskas, 1984). A existência de padrões de desenvolvimento associados à evolução nas competências internas e à passagem do tempo, pressupondo formas diferenciadas de expressão sintomática, é ainda apenas uma possibilidade teórica, sem cuja confirmação pouco valor terão estas propostas. Talvez seja por isso que a

versão do DSM publicada no presente ano (DSM-IV, APA, 1994) em vez de aumentar as especificidades de critérios para diagnosticar a depressão nos mais novos, os reduza.

6.4. DSM-III-R e DSM-IV: critérios para diagnosticar a depressão

Segundo Costello (1986), o diagnóstico psiquiátrico clássico da depressão incorre em duas dificuldades ou erros fundamentais: o de assumir uma "qualidade mecânica" (p. 565), esquecendo que a emoção e o afecto só têm sentido na interacção social e o de não conseguir captar as complexidades das vivências emocionais da depressão.

Esse diagnóstico, de acordo com a estrutura do problema, passa, necessariamente, pela detecção de uma constelação de sintomas correlacionados, os quais são, por um lado, contextualmente generalizados e temporalmente perspectivados e, por outro, descritos em termos de excessos ou défices comportamentais. É por isso preocupante o facto de não haver acordo teórico ou empírico sobre os sintomas específicos que compõem essa constelação, nem se saber, com propriedade, quais os comportamentos necessários ou suficientes para esse diagnóstico. Em simultâneo, parte-se de um critério temporal, que parece também ser bastante arbitrário e difícil de confirmar e procura-se uma comunhão e generalização situacional, quantas vezes nebulosa.

Para dar resposta a algumas dessas dificuldades, a classificação dos distúrbios do humor, patente no DSM-III-R, envolve diversos sub-tipos ou distúrbios separados. Os procedimentos conducentes a essa sub-classificação ou seccionamento, criados para a população adulta, têm

envolvido, na perspectiva dicotómica que lhe é característica, diversas propostas, que têm inclusivamente variado entre cada versão do DSM.

A validade destes sub-tipos para a população infanto-juvenil tem levantado sérias dúvidas (Cantwell, 1990). Ainda assim, ela está discretamente subjacente a muitos dos trabalhos do campo e por vezes foi, explicitamente, alvo de validação. É o caso dos estudos sugerindo a confirmação da utilidade, junto da população mais nova, das dicotomias "depressão primária versus secundária" (apontando no sentido da depressão poder ser, nas crianças, secundária a outros distúrbios psiquiátricos pré-existentes, como o distúrbio de ansiedade de separação, o distúrbio da conduta ou o distúrbio de personalidade anti-social (Carlson & Cantwell, 1980)), "unipolar versus bipolar" (significativa para a população adolescente) e "melancólica versus não melancólica" (reconhecida relativamente à probabilidade de resultados positivos no teste de dexamethasone) (Cantwell, 1990).

Para realizar um correcto diagnóstico diferencial entre os sub-tipos da depressão, é importante atender à história e percurso da perturbação: natureza das mudanças e oscilações de humor, diferenças entre formas crónicas ou episódicas, precipitantes específicos do problema, etc. Como já anteriormente vimos, estas diferenciações são francamente difíceis de reconhecer quando temos na base o DSM-III-R ou o DSM-IV, em particular quando a sintomatologia apresentada para cada tipo é semelhante e apenas varia a duração e a gravidade (Clarizio, 1989; Rehm, 1988), como acontece entre o Distúrbio de Depressão Maior e o Distúrbio Distímico, de que à frente falaremos.

Entre os diferentes diagnósticos psicopatológicos possíveis de envolver um quadro sindromático de depressão, patentes no DSM-IV (APA,

1994), encontramos as depressões de tipo unipolar, denominadas distúrbios depressivos (que incluem o Episódio de Depressão Maior e o Distúrbio Distímico). Os distúrbios de tipo bipolar (Episódio Maníaco, o Episódio Hipomaniaco e Distúrbio Ciclotímico) não são considerados dentro dos distúrbios depressivos, mas sim como uma categoria à parte, a dos distúrbios bipolares. Ambas (distúrbios depressivos e distúrbios bipolares) enquadram-se dentro da categoria mais geral de perturbações do humor. As bipolares não serão aqui aprofundadas, dado não serem consideradas como depressivas; como atrás dissemos, serem raras até à adolescência e, mesmo após esse período, pouco frequentes.

No quadro nº1 descrevem-se os critérios de diagnóstico referentes aos dois tipos de depressão.

Quadro nº 1: Critérios DSM-IV para diagnóstico da depressão. Retirado de *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (4ª Edição), American Psychiatric Association, 1994, de acordo com as normas exigidas para citação.

CRITÉRIOS DO DSM IV PARA DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO: DISTÚRBIOS DEPRESSIVOS UNIPOLARES

EPISÓDIO DE DEPRESSÃO-MAIOR

A) Pelo menos 5 dos sintomas que se seguem estiveram presentes durante as mesmas duas semanas e representam uma mudança de funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas é ou (1) humor depressivo ou (2) perda de interesse ou prazer.

(1) Humor depressivo na maior parte do dia, quase todos os dias, quer seja indicado pela observação de terceiros (e.g. parece choroso) ou apoiado em relato subjectivo (sente-se triste ou vazio). Nota: nas crianças e adolescentes pode ser humor irritável.

(2) Perda de interesse ou prazer intensa em todas, ou quase todas, as actividades, na maior parte do dia, quase todos os dias (tal como indicado, ou por relatos

subjectivos, ou por observação feita por outros).

(3) Perda ou ganho de peso significativa quando não em regime de dieta (e.g. mais de 5% de peso corporal num mês), ou perda ou aumento excessivo de apetite quase todos os dias. Nota: nas crianças considerar a falha em atingir os ganhos de peso esperados.

(4) Insónia ou hipersónia, quase todos os dias.

(5) Agitação ou lentidão psicomotora, quase todos os dias (observada por terceiros, não apenas na base de sentimentos subjectivos de não ser capaz de estar quieto ou de lentificação).

(6) Perda de energia ou fadiga, quase todos os dias.

(7) Sentimentos de "nada vale a pena" ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser alucinatória), quase todos os dias (não apenas auto-reprovação ou culpa sobre estar doente).

(8) Diminuição da capacidade de pensar, ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (quer através de relato subjectivo, quer de observação por terceiros).

(9) Pensamentos repetidos sobre a morte (não apenas medo de morrer), intenções suicidas sem um plano específico ou tentativa suicida ou um plano concreto para cometer suicídio.

DISTÚRBO DISTÍMICO

A) Humor depressivo (que pode ser humor irritável nas crianças e adolescentes), na maior parte do dia, mais dias sim do que não, relatados, quer por observação de terceiros, quer por avaliações subjectivas, durante, pelo menos, 2 anos (1 ano para crianças e adolescentes)

B) Durante os episódios depressivos, devem estar presentes, pelo menos três dos seguintes sintomas:

- (1) Auto-estima baixa ou auto-confiança, ou sentimentos de mal-estar e não adequação
 - (2) Sentimentos de pessimismo, desesperança e desespero
 - (3) Perda de interesse ou prazer generalizada
 - (4) Isolamento social
 - (5) Cansaço ou fadiga crónica
 - (6) Sentimentos de culpa, ruminações sobre o passado
 - (7) Sentimentos subjectivos de irritabilidade ou zanga excessiva
 - (8) Baixa na actividade, eficácia ou produtividade
 - (9) Dificuldade em pensar, reflectida em pouca concentração, fraca memória ou indecisão
- Especificar se é de
- início precoce (se o início for antes dos 21 anos)
 - início tardio (se o início for após os 21 anos)

Nas duas anteriores versões deste sistema de diagnóstico, tal como anteriormente já referimos, eram apresentados aspectos adicionais que se esperava fossem encontrados de forma diferencial em crianças, adolescentes e adultos. Para as crianças, esses sintomas adicionais eram a ansiedade de separação (com dependência, recusa escolar e medos, como o medo relativo à morte dos pais), a irritabilidade/zanga, a instabilidade, a auto-estima baixa, as queixas somáticas, o comportamento anti-social, os pensamentos mórbidos e a hiperactividade. Para os adolescentes, eram propostos comportamentos anti-sociais, negativismo, problemas escolares, relutância em participar nas actividades de família e do grupo de amigos,

rejeição às relações amorosas e abuso de drogas* (Costello, 1981; Kashani et al., 1987; Kazdin, 1987a).

Ainda que o DSM-III-R denotasse a existência destas diferenças associadas à depressão nas crianças e adolescentes, comparativamente com a dos adultos, estes aspectos não estavam bem definidos, não eram específicos, não tinham validade empírica e não eram considerados, na prática, quando era feito o diagnóstico (Kaslow & Rehm, 1983), tornando difícil diferenciar a depressão com base nesses descritores comportamentais (Costello, 1981). Talvez por, essas razões os autores do DSM-IV tenham decidido eliminar as descrições de especificidades etárias, deixando apenas uma ou outra referência temporal (menos tempo de exibição de sintomas do que nos adultos) ou a referência à substituição do humor depressivo pelo humor irritável nas populações pré-escolares.

6.5. A perspectiva psicológica e as propostas para o futuro

Como vimos, os processos de classificação e diagnóstico actualmente em curso parecem ser, no entender de muitos, uma confusa encruzilhada, em que se verificam diferentes orientações e propostas e um alargado conjunto de pressões culturais, sociais e históricas.

No geral, a utilidade do uso do DSM, nas suas várias versões, parece não ter sido ainda determinada empiricamente (Campbell, 1984). É marcante, por exemplo, o fraco acordo encontrado entre os diagnósticos dos clínicos utilizando este sistema de classificação (e.g. Kappa = .52 para o

⁷⁶ No DSM-III-R, estes aspectos estão descritos em relação aos adolescentes do sexo masculino, mas não surge nenhuma discriminação específica às raparigas. Alguns autores propõem a ansiedade como um possível domínio comportamental típico das raparigas adolescentes depressivas (Kashani et al., 1987).

DSM-II, American Psychiatric Association, 1980).

Face ao fraco grau de sobreposição dos factores encontrados entre os estudos derivados dos dois tipos de sistema de classificação (Achenbach & Edelbrock, 1978), um longo caminho parece ainda estar por percorrer na determinação dos critérios e sistemas que melhor reflectem a realidade sintomática."

O movimento geral presente no âmbito da temática da classificação e diagnóstico, perspectivado clínica ou educacionalmente e, tentativamente, vocacionado para suprir as insuficiências acima apresentadas, parece ir no sentido duma cada vez maior "psicologização" destes processos. Esse movimento pretende estimular as seguintes mudanças e viragens:

1) Envolvimento crescente de perspectivas, metodologias e dados empíricos. Esta acção poderá passar por um aumento na especificidade e descrição dos critérios e, portanto, pela inclusão de dimensões operacionalizáveis, empiricamente baseadas, deixando cada vez mais para trás uma taxonomia apoiada na intuição e na teoria e, conseqüentemente, particularizada em vez de universal (Edelbrock, 1988; León, Kendall e Garber, 1980). Um outro caminho previsível para chegar a este maior empiricismo, será o da sistematização e standardização do conjunto de dados de diagnóstico, através da utilização crescente de entrevistas de diagnóstico estruturadas e psicométricamente válidas (Edelbrock & Costello, 1984), de forma a reduzir a variância da informação e aumentar a sua precisão. Esta mudança deverá ter, como objectivo último, uma ligação cada

⁷⁷ De entre os resultados já encontrados em ambos os tipos de sistemas classificativos, específicos à depressão, é interessante notar que, apesar de noutros domínios se verificarem grandes disparidades, a Depressão Maior se encontra entre os síndromas que surgem, em simultâneo, quer na abordagem psiquiátrica/clínica, quer na psicológica/empírica e evidencia grandes paralelismos nas descrições e caracterizações provenientes das duas abordagens (Edelbrock, 1988).

vez mais próxima e eficaz entre o diagnóstico e a intervenção terapêutica, para melhor se perceber o contínuo causa-sintoma-tratamento-prognóstico

(Adelman & Taylor, 1988; Goodman, 1988);

2) A par e passo com esta evolução, deve cada vez mais defender-se uma perspectiva que utilize, de forma complementar, concepções ideográfica e nomotéticas dos processos classificativos. Ambas devem ser vistas, não como alternativas e dicotómicas, mas como complementares e mutuamente enriquecedoras.

Ao usar um sistema de diagnóstico, há que não esquecer que a ênfase deve ser sempre mantida sobre o comportamento concreto do sujeito particular em análise, deixando para segundo plano o auxiliar organizativo e normativo da categorização diagnóstica. A casuística é a única forma fidedigna de pensar clinicamente e só na "descida" às características particulares do sujeito é que uma acção terapêutica pode ser eficaz. A categoria ou rótulo "depressão" é uma abstração de comportamentos e só voltando ao nível desses comportamentos e ao carácter único e particular de cada indivíduo (suas fraquezas e potencialidades, particularidades na expressão sintomática, contexto situacional e relacional que o envolve), é possível adequar as propostas terapêuticas e aumentar a sua eficácia. A ligação dessa informação com os aspectos partilhados com outros sujeitos disfuncionais homólogos, só poderá trazer riqueza aos vários processos.

3) O reconhecimento crescente da importância do contexto externo ao sujeito (família, escola, comunidade...) e das variáveis situacionais, retirando o peso excessivo dado até aqui às perspectivas intrapsíquicas e organísmicas do diagnóstico. A concentração na dimensão individualizada, atrás defendida, não deve esquecer a contextualização da sintomatologia, incluindo, entre outras relevantes, informações

demográficas, ecológicas e pluri-situacionais (Harris & Powers, 1984).

Uma análise empírica da estabilidade de cada síndrome comportamental, ao longo do tempo e das situações, é uma necessidade urgente. Provavelmente, alguns dos síndromas manifestar-se-ão de forma generalizada e outros serão situacionais, dando razão, em simultâneo, às perspectivas médicas e às comportamentais.

4) A inclusão de uma visão desenvolvimentista e normativa, a qual propõe a integração, quer de variáveis, dimensões e parâmetros associados com o processo de desenvolvimento, quer de normas a ele associadas. Esta inclusão implicará o alargamento da noção de disfunção à ideia de padrões coerentes de adaptação e de competência, vistos ao longo do tempo (Carlson & Garber, 1986; Garber, 1984).

Uma recente abordagem, denominada organizacional-desenvolvimentista (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1986; Clarizio, 1989; Sroufe & Rutter, 1989) aponta a necessidade de desenvolver um sistema de classificação da psicopatologia infanto-juvenil que aponte, não apenas a noção estática de sintomas, sinais ou traços, mas os vários tipos de funcionamento saudável e anormal, em conjunto com uma categorização das tarefas apropriadas à idade e mais salientes em cada fase do desenvolvimento (Clariozio, 1989). Dentro desta linha, Adelman e Taylor (1988) propõem-nos que a categorização de perturbações junto das crianças envolva a conjugação de diversas dimensões, nas quais se incluem, as normas etárias e sexuais, culturais e sociais, em geral, sem as quais não faz sentido falar em perturbação psicológica infanto-juvenil.

As propostas oriundas do modelo psicológico são, em nosso entender, particularmente relevantes para o contexto terapêutico. Em

contexto empírico, a sua particularização do comportamento concreto do sujeito individual e a atenção às variáveis situacionais específicas, dificilmente permitirá, por razões de morosidade e investimento económico, o estudo de grandes amostras, relegando o seu uso para estudos de caso ou grupos numericamente limitados.

Todas estas concepções defendem a relativização da importância do diagnóstico, passando a entendê-lo como um entre muitos outros instrumentos na compreensão do jovem disfuncional. Propõem também a sua expansão a novas dimensões teóricas e metodológicas e a melhoria das suas fracas qualidades.

A concretização de algumas destas propostas tem tentado englobar a perspectiva médica, clássica e a perspectiva cognitivo-comportamental. Como ilustração, refiro aqui os modelos psicológicos de Harris e Powers (1984) e de Adelman e Taylor (1988).

O primeiro modelo propõe o uso de um diagnóstico sintomático clássico, no caso o DSM-III, como ponto de partida para a definição operacional e para a avaliação funcional pormenorizada do comportamento alvo e das variáveis internas e externas (antecedentes e consequentes) que controlam o comportamento a classificar. Aqui, integram a visão nomotética e a visão ideográfica e partem do resultado desta fusão para os consequentes processos de classificação, levantamento de hipóteses e planeamento da intervenção.

O segundo modelo (Adelman e Taylor, 1988) propõe um sistema de classificação que envolve um número elevado de grupos categoriais, partindo de quatro dimensões que se combinam: (1) a gravidade (que é escalonada em suave, moderada e profunda e definida em termos de

frequência e de intensidade); (2) o impacto (definido em termos do leque de áreas de desenvolvimento ou de situações afectadas, tendo em conta normas associadas com a idade, o sexo, o estatuto sócio-cultural); (3) a duração (que é entendida num contínuo que vai do início recente a uma condição crónica e duradoura); e (4) as causas paradigmáticas (as quais podem ser mais centradas na pessoa, no ambiente ou na interação entre ambos). A partir deste sistema, a criança ou adolescente é classificada em tipologias, que são vistas num contínuo. Para os autores, as grandes vantagens deste sistema são o envolver, em conjugação, o comportamento manifesto propriamente dito (suas manifestações e características) e a sua etiologia, o contextualizar do problema (entendido o meio como um importante factor causal e alvo interventivo) e o atender, em simultâneo, a condições patológicas e a problemas do dia-a-dia.

Destas novas perspectivas emanam já bons ventos de mudança. O reconhecimento da validade e utilidade potenciais destas duas propostas deverá, no futuro, determinar o seu interesse e impacto entre os profissionais. Até lá, continuaremos à espera de uma formulação e concretização mais precisa de modelos e de critérios de diagnóstico, que nos permitam identificar, isolar e auxiliar um grupo homogêneo de jovens disfuncionais; essa concretização virá, provavelmente, de uma conjugação mais integrada dos dados e conceptualizações oriundos das abordagens médica e psicológica (Edelbrock, 1988), para conseguir evitar que os processos de classificação e de diagnóstico estejam distanciados do trabalho prático directo com cada sujeito individual e estejam dependente das ideossincracias e das decisões arbitrárias do técnico que o realiza e do sistema que os orienta. Virão também de muito investimento empírico: para atingir muitos dos critérios anteriormente expostos, oriundos destes novos

modelos psicológicos, é necessário realizar estudos prévios com grandes amostras que permitam aceder a dados normativos e a validar empiricamente alguns dos pressupostos e hipóteses, como sejam as relativas ao peso do desenvolvimento no processo psicopatológico ou das variáveis de meio no desencadear do problema psicológico. Aí, por inerência das metodologias utilizadas, os critérios de definição de deprimido e de não deprimido dependerão, na fase actual, de determinações estatísticas, que se esperam venham a ser cada vez menos arbitrárias. A conjugação dos dados assim obtidos com aqueles provenientes dos processos classificativos poderá vir a trazer rápidos avanços ao domínio, passando a assegurar a validade empírica dos mesmos.

7. AVALIAÇÃO: MÉTODOS, INSTRUMENTOS E ESPECIFICIDADES

¹²⁷⁾ "Veja de mais os instrumentos são escolhidos porque existem e pouco tempo se dispensa, quer às construtas, quer ao modelo subjacente à avaliação (...). Não devemos pôr a cara metodológica à frente dos boia conceptuais".

Susan Harter, 1990

Há 15 anos atrás, Cantwell e Carlson, ao caracterizarem a evolução do estudo da depressão infanto-juvenil, defendiam que um dos primordiais obstáculos à investigação sistemática nesta área se encontrava na ausência de metodologias e instrumentos de avaliação adequados, para uso junto de crianças e adolescentes, eventual ou potencialmente depressivos (Cantwell & Carlson, 1979). A constatação e a experiência dessa necessidade, não só no campo da pesquisa, mas também no domínio clínico, levaram a que se desenvolvessem diversos instrumentos de medida e se investigasse sobre as suas propriedades psicométricas e sobre a sua utilidade nos contextos terapêutico e empírico (Clarizio, 1984; Kazdin & Petti, 1982; Kazdin, 1981; Kendall, Cantwell & Kazdin, 1989).

O surgimento desses instrumentos imprimiu, efectivamente, um novo ritmo à investigação (Reynolds, Anderson & Bartell, 1985). A evolução verificada levou mesmo a supôr que a grande viragem patente nos estudos de depressão nestas idades, já analisada em pontos anteriores,

tenha ficado a dever o seu resultado produtivo, quase exclusivamente, ao uso generalizado de medidas avaliativas, em especial de instrumentos de autodescrição (Reynolds, 1984; Tanaka-Matsumi & Kameoka, 1986).

A vitalização do domínio foi tão intensa que Carlson e Cantwell, quatro anos após haverem defendido a premência do surgimento de instrumentos avaliativos, viriam criticar o investimento excessivo da investigação no campo particular da avaliação, lamentando o facto desta se ter transformado num objectivo em si mesmo (Carlson & Cantwell, 1983).¹⁸ Esta tendência veio a manter-se até aos dias de hoje, já que o grosso do trabalho recentemente desenvolvido e tornado público na área da depressão da infância e adolescência tem continuado a contemplar a avaliação (Crowley, 1992; Worchel et al., 1990).

A explosão empírica, rápida e desintegrada, consequente ao aparecimento dos instrumentos de medida, levou a que o domínio avaliativo se construísse em alicerces pouco profundos. Hoje, apesar de rico em tecnologia (Kazdin, 1990), ele encontra-se impregnado de incertezas quanto à validade, adequação, relevância, integração e convergência dos instrumentos existentes (Kendall, Cantwell & Kazdin, 1989).

7.1. Influências teóricas e metodológicas ao longo do percurso histórico

O campo da avaliação da depressão nas crianças e nos adolescentes sofreu, quanto a nós, três tipos de influências menos benéficas: primeiramente, uma excessiva dependência dos modelos teóricos,

¹⁸ A comparação entre a quantidade de investigações e publicações sobre avaliação e sobre intervenção terapêutica atesta esta asserção, já que revela um profundo desequilíbrio, em favor dos conteúdos avaliativos.

defendidos nos últimos trinta anos, sobre a depressão infanto-juvenil (e já revistos nos pontos 2 e 3), em seguida, várias imprecisões metodológicas subsequentes às indefinições conceptuais e, finalmente, uma afiliação acrítica a um conjunto de metodologias avaliativas reduzido e pouco investigado. Vejamos as suas repercussões.

As **conceptualizações inerentes à natureza e definição do problema** determinaram os domínios a avaliar e impuseram limitações à criação, ao desenvolvimento e ao estudo das próprias técnicas avaliativas (Kazdin, 1989). Assim, o longo período de não aceitação da depressão nas populações infanto-juvenis atrasou o surgimento de metodologias para a sua avaliação e o momento que se seguiu, conceptualizando a depressão nestas idades como um fenómeno mascarado, visível e concretizado num sem número de manifestações comportamentais problemáticas, não estimulou o aparecimento de instrumentos específicos. Por último, a perspectiva conceptual subsequente, que ainda impera, baseada na crença da existência de isomorfismos sintomáticos e de continuidade entre as populações infanto-juvenil e adulta, levou a uma quase exclusiva adaptação das técnicas avaliativas já usadas com os mais velhos (Costello, 1986; Reynolds, Anderson & Bartell, 1985).⁷ Estes espartilhos conceptuais influenciaram, a nosso ver, de forma bastante negativa, o progresso do domínio, limitando os procedimentos avaliativos a visões menos criativas e menos particularizadas às faixas etárias em estudo.

A um segundo nível, o campo da avaliação da depressão infanto-juvenil sofreu a **influência das imprecisões do próprio conceito**.

⁷ O uso frequente, junto dos adolescentes (com idades superiores a 12 anos) de escalas desenvolvidas para os adultos, sublinha esta conceptualização (Barrera & Garrison-Jones, 1988; Costello, 1986).

Clarizio (1984), Costello (1986), Harris (1985) e Harter (1990), defendem que a explicitação e o acordo quanto aos conceitos envolvidos e às considerações ideológicas que lhe são subjacentes é um pré-requisito para qualquer avaliação estandardizada. Só esse acordo e esclarecimento levará à determinação inequívoca dos objectivos e funções de um sistema de avaliação, à selecção da metodologia e instrumentos apropriados e à tomada de decisões clínicas e empíricas válidas.

Como já vimos, tem sido típico do estudo da depressão infanto-juvenil discordar quanto ao significado implícito do próprio conceito de depressão, bem como quanto aos comportamentos e sinais que o identificam e definem, o que não tem permitido um desenvolvimento adequado de procedimentos e métodos científicos para o avaliar. As imprecisões e mudanças teóricas justificam muitas das indecisões e incoerências avaliativas que à frente abordaremos.

Quando em pesquisa ou em terapia se sente a necessidade do uso de técnicas avaliativas, frequentemente a sua escolha é arbitrária e **conceptualmente desenquadrada**, quantas vezes se limitando a responder a **premências práticas**, ou a atender a qualidades psicométricas (Harter, 1990). A área da avaliação da depressão nas crianças e adolescentes tipifica bem este fenómeno, o qual nos leva à análise do terceiro tipo de influência.

Após um longo período de dependência conceptual, surgia uma fase de "autonomia" teórica dos instrumentos de avaliação, na qual reinavam a premência e o pragmatismo. Quando emergiram, finalmente, os primeiros instrumentos avaliativos da depressão infanto-juvenil (Kovacs & Beck, 1977), eles foram recebidos num contexto de grande carência, de tal forma que, pela necessidade imediata de instrumentos adequados, o campo

se viu, de novo, caracterizado pela ausência de perspectivas críticas, valorativas e empíricas das metodologias e medidas usadas, em particular da sua adaptabilidade junto da população em análise. Tal levou a um uso indiscriminado e teoricamente desintegrado dessas novas metodologias e ao cimentar em volta de certos formatos e instrumentos, nem sempre adequadamente validados, em detrimento da busca e criação de novos métodos alternativos, porventura mais apropriados, rigorosos e fiáveis.

7.2. Complexidade da avaliação da depressão ao longo do ciclo de vida

A avaliação da depressão encerra exigências em qualquer ponto do ciclo de vida (Burgin, 1986; Costello, 1986; Rehm, 1988). É assim que se crê que as metodologias mais frequentemente utilizadas, como a entrevista psiquiátrica ou os questionários auto-descritivos, não aprofundem, ao nível pretendido, a riqueza e complexidade das experiências emocionais e cognitivas patentes na depressão.

Contrariando o que acontece com outros problemas clínicos como a ansiedade, as perturbações depressivas não se encontram associadas a estímulos desencadeadores identificáveis, nem são de natureza situacional (Rehm, 1988). Esta ausência de especificidade contextual tem levado a que as técnicas avaliativas não se possam ficar pela amostragem de situações-estímulo, mas que, pelo contrário, tenham de ser muito gerais nas respostas e comportamentos que descrevem.

A dimensão da temporalidade - duração da sintomatologia, período da vida em que se inicia, qualidade episódica e reincidência - que está implicada na avaliação e classificação do problema, tem-se mostrado difícil de medir de forma inequívoca. A identificação do exacto momento a

partir do qual a depressão se instalou, terminou ou reapareceu, tem sido particularmente complexa.

Em simultâneo, o facto da determinação da presença do problema não depender apenas de comparações inter-individuais (normatividade clínica no diagnóstico) mas igualmente de comparações intra-individuais (o como da mudança, os padrões de funcionamento prévios ao(s) episódio(s), etc.) tem colocado, igualmente, exigências muito próprias ao processo avaliativo da depressão.

de dificuldades

Algumas dificuldades têm também surgido em consequência de certas classes de sintomas serem bidireccionais (como já vimos, pode surgir hipo ou hiperactividade, problemas alimentares por excesso ou défice, problemas de sono com hipersónia ou insónia) (Rehm, 1988).

A imprecisão, quanto aos comportamentos que se supõem compôr e descrever o constructo, tem levado a que se avaliem comportamentos que, para alguns autores, fazem parte do quadro clínico sintomático e, para outros, são causas ou consequências teóricas da própria depressão. É o caso da avaliação do nível de actividade ou do desânimo aprendido, que, não sendo universalmente considerados elementos centrais do constructo clínico da depressão, são avaliados, por vezes, como tal.

de dificuldades

Finalmente, apesar da suposição teórica e da necessidade prática de dividir a depressão em tipologias, encontramos-nos face a uma grande ausência de instrumentos avaliativos standardizados, que atendam a essas subdivisões.

de

Todos estes factores, aliados à já descrita heterogeneidade do conceito, limitaram, ao longo do tempo, a construção de medidas avaliativas e a efectivação de avaliações adequadas, objectivas e precisas (Rehm, 1988).

7.3. Especificidades próprias à avaliação da depressão pré-adulta

A par das dificuldades anteriormente descritas, comuns ao processo avaliativo da depressão em qualquer idade, a avaliação da depressão nas populações de crianças e jovens coloca ainda outros limites, já que apresenta exigências muito próprias (Costello, 1981). Alguns destes entraves não são necessariamente intrínsecos à avaliação da depressão, mas, sim, próprios à recolha de informação em qualquer tipo de perturbação psicológica nas populações infantis e juvenis.

Podemos identificar, de entre essas várias dificuldades específicas, algumas que têm especial pertinência para o tema em análise.

As perturbações de tipo interiorizado, como a depressão, passam frequentemente despercebidas aos adultos, sobretudo quando contrapostas às de tipo exteriorizado (Reynolds, Anderson & Bartell, 1985; Saylor et al., 1984a). Enquanto as primeiras, por implicarem uma experiência de sofrimento interior, um retraimento comportamental e uma centração em estados emocionais e cognitivos não observáveis do exterior, podem não ser detectadas pelos adultos, as segundas, por envolverem excessos comportamentais e interferirem de forma visível e permanente no funcionamento geral da criança e nas suas relações com os outros, despertam a atenção de pais e professores. Dado que a criança raramente se independentiza e voluntariza no pedido de ajuda psicológica, supõe-se que os distúrbios depressivos sejam largamente subestimados na frequência com que aparecem para avaliação clínica. As consequências desta situação têm deixado sem o necessário reconhecimento e ajuda muitas crianças com manifestações depressivas e têm trazido graves limitações à pesquisa, em

especial aos estudos epidemiológicos com crianças em apoio clínico.

O facto da 'depressão' (1) envolver importantes dimensões internas; (2) implicar, simultaneamente, comportamentos passíveis de observação externa; (3) compreender, para a sua identificação, uma grande variedade de sintomas, uns tidos como essenciais e outros como acessórios; (4) ter um carácter não situacional e (5) dever ser entendida numa perspectiva de determinismo recíproco entre a criança e o meio, levou à necessidade em atender, em simultâneo, às suas manifestações, quer no ambiente da família, quer no da escola, explorando variáveis ecológicas do sistema situacional, cultural e social que envolve o depressivo. A intensa dependência relacional, o controle exercido pelo meio sobre a criança e o carácter coercivo de muitas das intervenções clínicas (Adelman & Taylor, 1988), criou a necessidade de envolver diferentes observadores provenientes desses contextos, em especial pais, professores e colegas.

Estas considerações vieram interpelar os técnicos do domínio da avaliação quanto a tomadas de decisão sobre formatos e instrumentos avaliativos abrangentes, que não perdessem a riqueza e complexidade dessas relações e permitissem o acesso a informação alargada sobre o problema. Como veremos, isso colocou, no caso da depressão, dúvidas quanto à objectividade da informação prestada por cada um, quanto às possibilidades de acordo entre as diversas perspectivas e quanto ao significado das dissonâncias nas avaliações realizadas por diferentes agentes de avaliação (Kazdin, 1990).

As particularidades, limitações e progressões nas dimensões cognitiva, emocional, linguística e social vividas pela criança, associadas às várias etapas do desenvolvimento, vieram igualmente impor exigências muito específicas aos procedimentos de avaliação (Kovacs, 1986). A este

nível, os estudos da depressão levantaram diversas dúvidas quanto à adequação e viabilidade de certas estratégias avaliativas a certos níveis etários e desenvolvimentistas e questionaram a sua validade e fidelidade (Edelsohn et al, 1992).

O facto das populações mais novas, na generalidade, não virem à procura de apoio psicológico de sua livre e espontânea vontade, sendo trazidas pelos adultos que se sentem preocupados ou incomodados com os seus comportamentos e associado à grande dependência relacional e contextual da criança, quer face à família, quer face à escola, ambos circunstanciais e gerais a todo o tipo de avaliações com as populações mais novas, mostraram ter implicações no processo de referência da depressão, sendo que este e a depressão têm influências mútuas.

A complexidade teórica das questões que os problemas mais gerais de avaliação infantil vieram colocar, associada às exigências concretas da avaliação das perturbações depressivas, levaram à proposta de um formato avaliativo com características muito próprias. Assim, ele deve se (1) apoiado em múltiplos informadores; (2) envolver a convergência entre procedimentos de autodescrição e de descrição por outros; (3) alargado a diversas situações e ambientes (família, escola, contexto terapêutico) e (4) envolver vários ângulos da abordagem aos sintomas (subjectivos e objectivos, centrais e adjacentes ao quadro clínico).

formato da avaliação

As implicações práticas destas opções metodológicas serão revistas em seguida.

De acordo com a frequência com que são utilizados, podemos falar de dois grandes tipos de metodologias para avaliação da depressão das

Metodologias de avaliação

crianças e adolescentes (Kazdin & Petti, 1982)." O primeiro tipo, dimensional e quantitativo, pretende medir a gravidade, frequência ou intensidade dos sintomas, não tem uma intenção de diagnóstico e habitualmente serve-se dos inventários, escalas ou questionários (os chamados instrumentos de despiste ou *screening*) para conseguir essa medição (Kazdin & Petti, 1982). A maior parte das vezes estes instrumentos são de tipo auto-descritivo, implicando portanto o preenchimento pela própria criança ou adolescente (e. g. Birmaher, 1981; Kovacs, 1978; Kovacs & Beck, 1977; Lang & Tisher, 1978), mas podem igualmente ser destinados a serem completados pelos pais (e. g. Achenbach & Edelbroch, 1978; Leon et al., 1980; Puig-Antich & Chambers, 1978), pelos clínicos (e. g. Poznanski et al., 1979; Stavrakaki, Vargo, Roberts & Boodoosingh, 1987), pelos professores (e. g. Doménech-Llaveria & Polaino-Lorente, 1990; Lefkowitz & Tessiny, 1980) ou pelos colegas (Lefkowitz & Tessiny, 1980, 1985).

O segundo tipo, categorial, é mais marcadamente qualitativo, implicando a decisão sobre a presença ou ausência de um grupo de sintomas. Frequentemente, mediante o preenchimento de um conjunto de critérios previamente estabelecidos, permite aceder a um diagnóstico. Concretiza-se em metodologias de entrevista clínica, quer junto da criança, quer dos seus pais (e. g. Carlson & Cantwell, 1979, 1980; Kovacs, 1978; Puig-Antich & Chambers, 1978) e tende a complementar a informação proveniente de múltiplas fontes com o julgamento do técnico de saúde mental."

⁸⁰ Há ainda outras categorias de instrumentos menos utilizados e provenientes doutros quadros teóricos, envolvendo testes de tipo projectivo e marcadores biológicos (Cytryn & McKnew, 1972, 1974; Kazdin & Petti, 1982).

⁸¹ A dicotomização aqui proposta nem sempre é óbvia, já que algumas entrevistas também quantificam a gravidade do problema e os instrumentos de tipo dimensional, mediante o uso de um certo ponto de corte e podem levar à determinação da presença ou ausência de um diagnóstico (Kazdin, 1981).

7.4. O valor da criança como agente informativo da sua própria depressão

7.4.1. Relevância e vantagens das escalas auto-descritivas

Tradicionalmente, os psiquiatras infantis apoiaram-se em diversas fontes avaliativas que não a criança, por não se sentirem confortáveis na recolha de informação baseada apenas no jovem (Carlson & Cantwell, 1979; Puig-Antich, 1980). Consideravam a sua informação como pouco válida, sobretudo se recolhida de forma estruturada e se baseada nos relatos verbais (Moretti et al., 1983). Quando utilizavam a criança directamente no processo avaliativo, tinham como objectivo essencial recolher dados orientados para conflitos internos e faziam-no utilizando, sobretudo, situações de observação e brincadeira livre, inferindo, daí, os hipotéticos problemas do jovem sujeito (Kovacs, 1986).

As incapacidades desenvolvimentistas das crianças para compreenderem e responderem a algumas das questões, associadas às rápidas mudanças nesse processo de desenvolvimento e à relutância ou dificuldade em aceder ou prestar certo tipo de informações sobre o real, justificaram, durante muitos anos, a interdição de lhe realizar um exame directo ou de a envolver como agente principal no processo avaliativo (Edelbrock, 1988; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; Kovacs, 1986). Consequentemente, as recolhas de dados sobre os seus comportamentos, repousavam nas perspectivas dos adultos - pais, professores ou clínicos - os quais eram considerados idóneos e objectivos nas informações históricas e

sintomáticas prestadas (Achenbach & Edelbrock, 1983).

Na sequência (a) do descrédito na validade e objectividade das informações dadas pelos adultos;²⁷ (b) da conclusão de que a criança deveria ser um dos agentes fundamentais da sua própria avaliação, já que as informações sobre os estados internos só podiam ser provenientes do próprio sujeito (Cantwell, 1983); (c) dos dados oriundos da psicologia do desenvolvimento sobre as capacidades reais das crianças em cada etapa (Kovacs, 1989); (d) das conclusões vindas da experiência clínica concreta, demonstrativas das possibilidades auto-descritivas dos mais novos (Rutter & Graham, 1968); e (e) da constatação da informação dispare proveniente de vários avaliadores (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987a), iniciou-se o reconhecimento da importância de envolver activamente a criança no processo avaliativo e passou a aceitar-se a sua perspectiva como fundamental.

Consequentemente, os formatos metodológicos realizados exclusivamente com a criança, ou centrados, em especial, na informação por ela prestada, foram emergindo e ganhando terreno, processo que se confirmou também no estudo da depressão infanto-juvenil, onde a criança passou mesmo a ser considerada, por muitos, como a mais importante fonte de dados para o diagnóstico de distúrbio afectivo (Cytryn, Mcnew & Brunney, 1980; Kovacs, 1986; Weller & Weller, 1984a). Ao acentuar o papel da percepção pessoal no desajustamento, a perspectiva cognitiva que

²⁷ O descrédito surgia dos resultados da investigação e demonstrava a falta de independência dos pais e dos professores na avaliação realizada sobre a criança. As informações prestadas, baseadas nas percepções do adulto, viam-se influenciadas e distorcidas (exageradas, ignoradas ou negadas) pela limitação de acesso apenas ao comportamento observável, pela forma própria do adulto perceber a criança, pelas suas expectativas e conhecimentos quanto às normas do desenvolvimento infantil, pelo estatuto socio-económico e, em particular no caso dos pais, pelas próprias perturbações psicológicas (em especial depressão maternal), pelos problemas e insatisfações conjugais, pelo envolvimento emocional e culpabilidade face às desadequações da criança e pelo reconhecimento de frequentes situações de abuso físico e sexual dos menores (Harris & Powers, 1984; Moretti et al., 1985).

impregnou a psicologia nos últimos anos, foi a grande responsável por esta viragem.

A natureza introspectiva dos comportamentos depressivos levou a que se tenha defendido e concretizado, largamente, o uso de instrumentos de auto-avaliação para medir a depressão dos adultos, pelo que a maioria dos estudos empíricos e dos casos clínicos se apoiou na informação recolhida através deles (Kazdin, 1981).

~~A~~ A sua popularidade tem sido justificada a vários níveis. Por um lado, o seu uso tem confirmado a possibilidade destes instrumentos fazerem aceder a informações preciosas e impossíveis de recolher através de observadores externos. (como sejam as ideias suicidas, as expectativas negativas sobre o futuro, o sentimento de não se ser amado, de auto-estima baixa ou de culpa [Kazdin, Rancurello & Unis, 1987]); por outro lado, a sua utilização tem demonstrado economia de meios, facilidade de administração, análise de resultados directa e imediata, comparação rápida com resultados de amostras normativas, fácil determinação da normalidade e intensidade do problema, ausência de custos em tempo e em dinheiro e, em certa medida, possibilidade de levar investigadores e clínicos a identificarem os sujeitos com maior probabilidade de virem a confirmar um diagnóstico de distúrbio psiquiátrico.

vantagens
Auto-avaliação

O facto destes instrumentos não permitirem realizar diagnósticos clínicos mas permitirem quantificar a presença e gravidade da sintomatologia depressiva, tem feito com que sejam utilizados, muito em particular, em estudos de investigação, com o intuito de seleccionar os sujeitos das amostras experimentais, testar hipóteses, caracterizar e

comparar grupos de sujeitos que apresentam determinados resultados ou avaliar mudanças terapêuticas (Kovacs, 1985).

Seguindo a tradição dos trabalhos com a população adulta depressiva, em que, pelas justificações apontadas, os inventários de autodescrição de sintomas têm provado ser instrumentos comuns e valorizados (Kovacs, 1985), os especialistas e investigadores de saúde mental tentaram desenvolver instrumentos deste tipo para uso com as populações mais jovens.

227 Não só por razões de facilidade, mas essencial e simultaneamente por razões de ordem conceptual, os instrumentos desenvolvidos foram, na sua maioria, adaptações de escalas de autodescrição usadas - e algumas já bastante estudadas - com adultos.

As vantagens gerais já descritas, vieram juntar-se o razoável grau de adequação obtido por estes instrumentos na determinação do nível de depressão das populações mais jovens e, tal como nos adultos, a tendência, nem sempre confirmada, para conseguirem discriminar entre os sujeitos clinicamente depressivos e os não depressivos. Tal facto trouxe um crédito, pelo menos parcial, à validade da percepção da criança sobre o seu próprio comportamento, em especial nas crianças com mais de 8 anos e, consequentemente, ao uso destas estratégias avaliativas com estes grupos etários.

Apesar das referidas características e qualidades, a aplicação concreta das escalas auto-descritivas em clínica e em pesquisa não se mostrou isenta de problemas:

7.4.8. Limitações no uso das escalas auto-descritivas

Nos últimos anos, diversos factores vieram pôr em causa a validade e precisão das informações sobre o estado clínico depressivo do sujeito, quando recolhidas através dos instrumentos auto-descritivos, ainda que tal não implicasse a diminuição da sua importância e utilização. Basicamente, foram discutidos dois tipos de questões e limitações: uma relativa às **insuficiências destes instrumentos**, outra relativa às **especificidades avaliativas, inerentes, quer ao problema, quer à população**.

No primeiro grupo, sobressai, quanto a nós, uma questão que gravita em roda daquilo que é avaliado por estes instrumentos, ou seja, a **especificidade do constructo que eles avaliam**. A dificuldade manifesta em diferenciarem entre a depressão e outros estados psicológicos negativos, como por exemplo a ansiedade, tem feito supôr que as escalas auto-descritivas avaliem essencialmente a generalidade da perturbação emocional (ou condições mais gerais de funcionamento não adaptativo), em vez da entidade nosológica específica que é a depressão, não possuindo, portanto, validade discriminante (Eason, Finch, Brasted, & Saylor, 1988; Meites, Lovallo & Pishkin, 1980, citado em Tanaka-Matsumi & Kameoka, 1986).

As medidas auto-descritivas não foram construídas com a intenção de servirem para realizar uma classificação psiquiátrica (vimos já como servem, "apenas", para informar sobre a presença e gravidade da depressão) e, a sublinhar o facto de por vezes isso ser esquecido na prática clínica e empírica, elas têm vindo a demonstrar a sua relativa ineficácia em processos de diagnóstico. Assim, frequentemente indicam níveis significativos de perturbação - há uma tendência para os estudos

demonstrarem que as crianças com diagnósticos de depressão se auto-avaliam com mais gravidade (Asarnow & Carlson, 1985; Moretti et al., 1985) - mas não identificam, inequivocamente, a presença de distúrbio depressivo (Kandel & Davies, 1986; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987a; Kendall, Hollon, Beck, Hammen & Ingram, 1987; Saylor & Finch, 1984a e b). Outras vezes, os sujeitos que têm um diagnóstico de depressão não apresentam resultados mais elevados nos instrumentos de autodescrição e os que têm resultados extremos nestes instrumentos não possuem, necessariamente, esse diagnóstico (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987). Finalmente, quando este tipo de instrumentos consegue diferenciar entre distúrbios não afectivos e distúrbios afectivos, muitas vezes não consegue distinguir entre os subtipos destes últimos (Fine, Moretti, Haley, & Marriage, 1984)."

É um facto que todos os testes psicológicos envolvem algum tipo de erro de classificação. Na selecção dos instrumentos a utilizar, o especialista deve tentar minimizar a presença, gravidade e extensão desses erros, fazendo escolhas acertadas, de acordo com os objectivos que tem para o processo avaliativo que vai concretizar. No caso dos testes de despiste em psicopatologia e na depressão infanto-juvenil em especial, é particularmente pertinente este cuidado. Será que é preferível diagnosticar incorrectamente uma criança como depressiva, incorrendo num erro falso positivo, ou deixar passar despercebida e não identificada uma que é depressiva, incorrendo assim num erro falso negativo?

²Em consequência, estudos recentes criticam a facilidade com que investigadores e clínicos se apoiam, unicamente, nestes inventários, para seleccionar amostras depressivas, duvidando, em especial, das potencialidades destes instrumentos para definirem grupos experimentais (Tanaka-Matsumi & Kameoka, 1986). É por exemplo criticado este processo de validação mútua, já que nenhuma escala de auto-descrição cobre, por completo, os sintomas de desordem afectiva definidos pelo DSM-III-R, pelo RDC ou pelo ICD 9.

Num artigo publicado em 1988, Barrera e Garrison-Jones respondem, de alguma forma, a esta questão, ao discorrerem sobre a utilidade prática das medidas auto-descritivas, consoante o seu uso em contextos clínicos ou de investigação.

No primeiro caso, elas serão válidas se demonstrarem alta sensibilidade (capacidade de detectar, correctamente, uma percentagem elevada de sujeitos que preencham critérios de diagnóstico para depressão), podendo ter baixa especificidade (percentagem de sujeitos não depressivos que são correctamente identificados), já que os sujeitos serão alvo, em princípio, de avaliações sequenciais futuras mais aprofundadas e extensas. No segundo caso, em que os instrumentos avaliativos são usados, habitualmente, no reconhecimento de sujeitos depressivos em amostras comunitárias não clínicas (situação com significado particular para este trabalho) os instrumentos de despiste deverão servir para identificar indivíduos passíveis de comparar àqueles que preenchem critérios de diagnóstico clínico. Assim, os referidos autores esclarecem que, no contexto de investigação, estas medidas deverão ter especificidade elevada e poderão ter baixa sensibilidade, pois se a identificação de falsos negativos não coloca problemas, a identificação de falsos positivos (sujeitos que não preenchem critérios de depressão clínica e são identificados como depressivos) é crítica (Barrera e Garrison-Jones, 1988).⁶⁴

No grupo de questões relativas às **limitações próprias ao problema e à população em estudo** encontramos uma primeira, intimamente

⁶⁴ Têm surgido outro tipo de críticas ou limitações aos instrumentos de auto-descrição. Entre elas salientamos o grau de desejabilidade social, que parece estar sempre implicado nos instrumentos de autodescrição, o qual pode reflectir-se, quer nos adultos, quer nas crianças e tem muitas vezes que ver com a validade facial do instrumento e com o fácil reconhecimento da "boa" resposta.

ligada a este problema da validação discriminante. Já que, para alguns, são defensáveis as concepções de normatividade e transitoriedade dos sintomas depressivos nos mais novos e a sua consequente qualidade diferenciada em relação à depressão adulta (Lefkowitz & Tessiny, 1978; Strober, 1986), tem sido discutido se a fraca especificidade destes instrumentos e a sua incapacidade em distinguir normalidade de distúrbio depressivo, ou perturbação depressiva de não depressiva, está dependente da própria natureza frequente e breve da depressão nestas idades e não das incapacidades e imprecisões dos instrumentos (Barrera & Garrison-Jones, 1988). No entanto, como vimos noutros momentos deste trabalho, a maioria dos autores supõe que o síndrome depressivo seja uma entidade clínica distinta e temporalmente prolongada, passível de ser avaliada por este tipo de instrumentos (Barrera & Garrison-Jones, 1988; Kovacs et al., 1984a e b),²⁵ sendo assim que muitos dos estudos atribuem as culpas aos procedimentos metodológicos e aos instrumentos usados.

Tem sido discutida, em relação aos adultos, uma outra questão, completamente distinta das anteriores, a qual tem a ver com o facto de se supor que a depressão envolva alterações cognitivas na percepção da experiência, levando o sujeito depressivo a ver o mundo, dentro e fora de si próprio, de uma forma distorcida e a vivenciar, em simultâneo, défices comportamentais. Decorrente desta constatação, encontra-se uma outra: a da possibilidade de, pelas razões acima expressas, não avaliarmos com

²⁵85: Aqui se inserem Barrera e Garrison-Jones (1988) que verificam que o BDI (Beck Depression Inventory, Albert & Beck, 1975) é uma medida auto-descritiva de desprisa com óptimas propriedades psicométricas junto de populações não clínicas de adolescentes, tendo demonstrado boa validade convergente e boa validade discriminante e, também, face a um determinado ponto de corte, evidenciado um elevado índice de sensibilidade com poucos erros falsos positivos. No entanto, na amostra do seu estudo, o instrumento não diferenciava claramente entre os depressivos e os não depressivos. Em contrapartida, numa amostra de adolescentes hospitalizados, o instrumento demonstrava também boa validade discriminante e convergente, mas conseguia diferenciar os sujeitos que tinham diagnósticos afectivos daqueles que o não tinham.

eficácia, precisamente, os grupos de sujeitos em risco de depressão."

Na população de crianças e jovens, este problema é particularmente premente, já que é possível que uma das características deste grupo clínico seja, exactamente, a presença de maiores dificuldades e distorções a nível da atenção, da concentração, da memória, da compreensão e interpretação, da leitura e da distorção na autopercepção, variáveis que vêm interferir, grandemente, com o processo avaliativo (Costello, 1986; Weissman et al., 1980).

A grande labilidade emocional das crianças e a não voluntarização para o processo avaliativo/terapêutico parecem também influenciar as respostas dadas, já que o humor e a motivação afectam, claramente, a auto-avaliação (Kendall, 1982). A gravidade do problema encontra-se igualmente entre as possíveis influências e interferências às informações prestadas pela criança (Kazdin, 1981).

As limitações atribuídas às populações mais novas, relativas, quer às dificuldades em identificar, descrever, definir e julgar os seus próprios sintomas depressivos, quer a capacidades básicas como a da possibilidade de leitura dos inventários e compreensão da linguagem que os acompanha, complexificam ainda mais este campo.

A elevada frequência de questionários mal preenchidos ou incompletos, tantas vezes encontrada nos estudos empíricos da depressão

"O facto da patologia depressiva poder perturbar o funcionamento cognitivo, envolvido na precisão e compreensão das questões avaliativas colocadas (quer a nível da rapidez do processamento da informação, quer da memorização selectiva de acontecimentos negativos, quer das dificuldades em responder em situações sociais), veio alertar para a não aceitação incondicional e factual daquilo que é expresso pelo sujeito, tanto mais que tem sido defendido que um dos efeitos desta distorção é a apresentação de uma imagem negativa ou socialmente não desejada nas respostas aos auto-questionários (Beck, 1976). Há assim que não esquecer que a informação prestada nos indica que, cognitivamente e verbalmente, o sujeito está a dar, de si próprio, uma determinada imagem, dependente da forma como se avalia e se percebe, não significando que ele se comporte, precisamente, dessa forma, no seu dia-a-dia (Rehm, 1988). No entanto, a importância desta auto-avaliação e o significado da imagem que o sujeito tem e dá de si, possui um valor muito próprio, que é independente da sua "veracidade" observada (Harris, 1985).

infanto-juvenil, pode estar associada a fraca capacidade de leitura ou incompreensão do conteúdo das escalas, bem como ao nível de estruturação imposto pelas questões colocadas (Harris, 1985).¹⁷ As competências necessárias para o seu correcto preenchimento não são, muitas vezes, coincidentes com as que os autores dos instrumentos defendem como mínimas para a sua adequada aplicação (Costello, 1986).¹⁸

Para superar estas limitações (elevado número de falhas nas respostas, itens não completados, incompreensão das perguntas) tem-se tentado simplificar a fraseologia e o formato de apresentação e de escolha patente nesses questionários, focalizar ao máximo a atenção dos sujeitos, dando direcções explícitas sobre o que se pretende e adequando a linguagem aos níveis escolares dos sujeitos a avaliar. Infelizmente, esta tarefa tem-se mostrado difícil, dado certos conceitos e comportamentos envolvidos (como o desânimo aprendido ou o desespero quanto ao futuro) serem dificilmente simplificáveis (Costello, 1986).

Como exemplo deste esforço, referimos aqui os trabalhos de Lang e Tisher (1978) e de Edelson e colegas (1992), que usaram formatos menos apoiados na escrita e na leitura e mais baseados em imagens e símbolos. Infelizmente, as vantagens clínicas e psicométricas subsequentes não foram muito óbvias (Costello, 1986).

Há quem discuta, também, a propósito das limitações do uso destes instrumentos nos mais novos, que as crianças tendem a exagerar os seus próprios sentimentos, a negá-los (Cytryn & McKnew, 1972, 1974) ou

¹⁷ No entanto, foi já verificado que os questionários de auto-descrição têm um uso potencial com adolescentes com um funcionamento cognitivo limitado: o seu preenchimento implica a leitura e explicação dos itens, aumentando a variabilidade no processo e, eventualmente, introduzindo menos rigor.

¹⁸ Estas competências costumam atender apenas aos aspectos da leitura, quando outros factores, mais complexos, parecem estar, também, implicados, como sejam a compreensão de algumas noções psicológicas ou a capacidade para responder a certos formatos de resposta.

a escolher os extremos das opções patentes nos inventários que preenchem, enviesando assim as respostas dadas e a sua utilidade clínica. Estes aspectos não foram, no entanto, confirmados empiricamente (Kazdin, 1981).

7.8. A entrevista clínica (ou de diagnóstico) realizada à criança

O domínio das entrevistas clínicas de avaliação, sejam estruturadas, sejam semi-estruturadas, tem igualmente avançado a passos lentos junto das populações infantis (Kovacs, 1983). Nos últimos anos tem, no entanto, ganho aceitação, ao evidenciar o seu futuro potencial, em particular na avaliação das crianças e adolescentes depressivos, quer em contexto clínico, quer de investigação (Puig-Antich et al., 1983).

Esta metodologia tem sido uma das mais utilizadas para a compreensão da psicopatologia nos adultos, mas só recentemente foi desenvolvida, no seu formato de relato verbal directo, para uso com crianças, mas mesmo assim, restringindo o seu uso às maiores de 8 anos (Puig-Antich & Chambers, 1978). De novo se procedeu, quase na generalidade, à adaptação de entrevistas já existentes para as populações adultas. Daquelas criadas especialmente para utilização junto dos mais novos, algumas comportam uma versão para utilizar com a criança e uma versão para utilizar com os seus pais.

Historicamente, a entrevista esteve sempre associada com as perspectivas psiquiátricas, tendo como objectivo último realizar diagnósticos clínicos válidos com uma alta especificidade (Costello, 1986). Apesar de lhe poderem ser tecidas duras críticas, tem-se demonstrado que ela é fundamental na avaliação das disfunções psicológicas.

É através da entrevista clínica que é possível aceder ao contexto histórico e psicossocial do sujeito (Beck, Carlson, Russel & Brownfield, 1987), ter em conta a fenomenologia actual das suas dificuldades, avaliar a presença, duração e gravidade, de um leque alargado de sintomatologia e, por vezes, recolher dados sobre o seu hipotético enquadramento causal. Através dela, é também possível recolher dados sobre a perspectiva e a percepção que o sujeito entrevistado tem do problema psicológico em estudo, perceber o seu estatuto adaptativo, funcional e desenvolvimentista, de forma mais ou menos global, bem como compilar informações sobre áreas não explicitadas espontaneamente e que pareçam relevantes para o caso.

* Nas entrevistas semi-estruturadas, tem-se acesso a uma recolha informativa moldada às características linguísticas, cognitivas e comportamentais do sujeito em avaliação, ao mesmo tempo que, dada a orientação sintomática desta metodologia, se assegura o questionamento dos domínios centrais de uma determinada entidade clínica. A observação do comportamento não-verbal do sujeito no contexto avaliativo, para complementar a informação verbal recolhida, é também uma das suas riquezas potenciais.

O surgimento das entrevistas estruturadas e semi-estruturadas esteve ligado à necessidade de reduzir a variância de informação comum na recolha de dados através de entrevistas livres, já que estas não permitiam aceder a uma base de dados operacionais e sistematizados e levavam a falta de precisão nos diagnósticos clínicos (Kovacs, 1983). Através deste tipo de entrevistas, é determinada *a priori* a forma como a informação é recolhida, cotada e organizada, partindo de definições o mais inequívocas possível sobre cada sintoma ou comportamento a avaliar.

Algumas críticas lhe têm sido tecidas, sobretudo quanto à ausência de precisão e acordo dos dados que recolhe. Um entrevistador experiente e bem preparado pode reduzir alguns dos limites provenientes do uso das escalas de autodescrição, ao complementar a perspectiva do próprio sujeito, com a de um avaliador exterior, como seja o próprio clínico que entrevista, ou os pais, quando são entrevistados. No entanto, esta estratégia não só não aumenta a precisão, como introduz o problema da ausência de consenso nas informações prestadas. Em simultâneo, introduzem-se os *enviesamentos* do entrevistador (que muitas vezes forma uma hipótese de diagnóstico no início da entrevista e apenas busca a sua confirmação ao longo do processo), como se continua essencialmente a apoiar os dados na capacidade e expressão verbal do entrevistado (seja o próprio, ou os seus pais) e a cair-se, basicamente, nas suas próprias perspectivas, necessariamente restritas (Costello, 1981; 1986).

O desconhecimento das eventuais qualidades psicométricas das entrevistas clínicas, no caso vertente das relativas à depressão em crianças, tem também sido alvo de críticas e de propostas para um avanço na análise rigorosa deste tipo de instrumentos (Kovacs, 1983).

Tem-se ainda discutido o facto das entrevistas de avaliação da depressão nas crianças não estarem disponíveis nem adaptadas para qualquer idade. Interpretou-se, por exemplo, o significado da ausência de entrevistas estruturadas globais preparadas para a avaliação clínica da criança em idade pré-escolar (Kashani & Carlson, 1987) face, de novo, às incapacidades desenvolvimentistas dos sujeitos mais novos, verificando-se que, nesta área, as entrevistas que existem são de tipo semi-estruturado, apoiadas em aspectos e formatos mais lúdicos (como desenhos, fantoches...) e complementadas por entrevistas semi-estruturadas aos pais da criança,

valorizando, essencialmente, a informação prestada por estes (Kashani et al., 1984).

7.6. O valor da criança como agente avaliativo da depressão dos outros: os problemas da validade e da convergência

O contacto frequente e generalizado a diferentes situações e contextos (sala de aula, recreio...) entre a criança e os seus colegas, parece colocar estes, pelo menos do ponto de vista teórico, em posição privilegiada para a observação dos comportamentos dessa criança particular. Ao serem observadores frequentes, estarão provavelmente em posição para serem informadores desses comportamentos. Esta hipótese levou à construção de uma metodologia específica para avaliar a depressão de um sujeito particular, através dos colegas de turma, num processo de nomeações e avaliações mútuas, enquadrado, teoricamente, dentro de uma tradição sociométrica e, já que os julgamentos efectuados resultam da observação em contexto natural, também entendido como uma possível variação da observação directa (Costello, 1988).

O procedimento concreto implica que, cada criança, numa classe, identifique outras do seu grupo, em função da percepção que delas possui sobre uma determinada característica comportamental. Assim, a técnica tem vindo a ser definida como "o processo no qual os membros de um grupo julgam em que proporção cada um apresenta certos traços ou comportamentos" (Hoier & Kerr, 1988 citado em Ezpeleta, Polaino, Doménech & Doménech, 1990).

Na avaliação da depressão infanto-juvenil existe um único

instrumento que corresponde a estas características. É o Peer Nomination Inventory of Depression (PNID, Inventário de Depressão para Crianças através da Nomeação de Pares), de Lefkowitz & Tessiny (1980, 1985), que será desenvolvido no 2º capítulo deste trabalho, dado ser um dos instrumentos usados na presente investigação. Tem subjacente o pressuposto de que muitos dos sintomas de depressão (como o humor disfórico, a perda de energia, a falta de interesse nas actividades, o brincar só, o não ter amigos) podem ser facilmente detectados pelos colegas de escola (Kazdin, 1981).

Analisando a utilidade e generabilidade de aplicação desta metodologia, verifica-se que ela enferma da dificuldade, se não impossibilidade, prática e ética, em ser usada no contexto clínico, dado implicar uma aplicação grupal em sala de aula, centrada num só sujeito e num grupo estável que se conheça bem, envolvendo um contexto a que o terapeuta não tem, habitualmente, fácil acesso e uma disponibilidade que não lhe é, particularmente, típica. Estas dificuldades surgem igualmente em certas situações empíricas (Costello, 1986).

No entanto, o interesse e as qualidades psicométricas deste instrumento, para a avaliação de tipo epidemiológico, parecem promissores (Kazdin, 1981).

Apesar dos poucos estudos existentes sobre a validade de uma avaliação deste tipo fazerem sobressair o facto dos resultados sobre a depressão de uma criança, encontrados através da perspectiva dos colegas, tenderem a não se relacionarem (ou a relacionarem-se muito pouco) com os resultados da auto-avaliação da própria criança, esses resultados relacionam-se com os da avaliação da depressão feita pelos professores, bem como com constructos que se consideram teoricamente associados à

depressão (competências sociais, resultados escolares, auto-estima, Lefkowitz & Tessiny, 1980, 1985), levando a confirmar a sua validade.

7.7. O impacto dos factores de desenvolvimento no processo avaliativo

A importância da adequação e da sensibilidade dos processos avaliativos aos factores de desenvolvimento (aqui entendidos como variáveis de crescimento e maturação, físicas, cognitivas, comportamentais e sociais, que exercem influência significativa sobre o comportamento da criança e acontecem num processo complexo, interactivo e sequencial) tem crescido nos últimos anos.

Estas variáveis de desenvolvimento têm sido estudadas, em particular, ao nível das influências das capacidades da criança para ser avaliada e se avaliar de forma adequada e fidedigna, dado que essas capacidades se encontram dependentes do nível de desenvolvimento. A constatação do seu efeito nos procedimentos avaliativos veio introduzir importantes questões e mudanças, quer na própria definição e natureza normativa do problema a avaliar, quer na provável evolução desse problema, quer nas escolhas, alterações e adequações metodológicas dos formatos, estratégias e instrumentos de recolha de informação, quer ainda na análise e interpretação dos dados a que permitem aceder.

No caso vertente da depressão infanto-juvenil, têm-se sentido algumas influências concretas da perspectiva desenvolvimentista, em especial na determinação dos comportamentos a avaliar (que para alguns autores deverão ser mutáveis entre diferentes níveis de desenvolvimento e próprios a cada idade), bem como nas possíveis incompetências das crianças de alguns níveis etários para serem alvo de certo tipo de

avaliações ou reflectirem sobre determinados conteúdos.

É disso exemplo a introdução de instrumentos diferenciados consoante os níveis de idade (Kovacs & Beck, 1977), o não questionamento sobre certos domínios e aspectos, ou a crença nas incapacidades dos mais jovens em realizarem processos de auto-conhecimento. As duas primeiras influências têm implicado a adaptação das questões e dos formatos avaliativos e a terceira tem posto em dúvida o uso dos instrumentos auto-descritivos nos escalões etários mais baixos, em particular abaixo dos 8 anos (Kovacs & Beck, 1977), ou mesmo nas crianças e adolescentes em geral (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984).

Vários autores discorrem sobre estas questões, como é o caso de Costello (1986) que se pergunta se as crianças mais novas (até aos 10 anos) conseguirão reconhecer e diferenciar entre estado depressivo persistente e afecto depressivo transitório e contextual. Também Cytryn, McNew & Bunney (1980) e Moretti e colegas (1985) duvidam que em certas idades mais baixas, a criança esteja em posição de informar com rigor sobre as suas experiências subjectivas e Kovacs e Beck (1977) crêem que os sujeitos com menos de 6/7 anos não conseguem reconhecer e relatar os seus sentimentos." A discussão sobre se as crianças serão capazes de se auto-avaliarem, tem na base o facto desse processo implicar o confronto com um padrão externo e adequado e, em seguida, a determinação da ocorrência ou não ocorrência de um ou vários comportamentos no seu reportório (Ollendick, 1986).

"Esta será uma das justificações para que a maioria dos estudos se faça com crianças com mais de 6 anos. Algumas dificuldades próprias à avaliação dos adolescentes (tenderem a ter sentimentos e experiências secretas, como é patente no uso dos diários e terem dificuldade ou falta de motivação para reconhecer o que sentem e descrevê-lo para "estranhos" numa situação de teste) fazem com que a incidência maioritária dos estudos não ultrapasse os 12 anos (Burgin, 1986; Costello, 1986).

Bemporad e Wilson haviam já afirmado, em 1978, nesta mesma linha, que o reconhecimento da tristeza e a sua expressão verbal requerem certo tipo de características cognitivas, que as crianças mais novas podem não possuir. Segundo Harni (1985, p. 385) "o acesso e veracidade da informação prestada pela criança está dependente de aspectos de desenvolvimento do auto-conhecimento, de compreensão de cognições e emoções e de evolução do vocabulário e da auto-expressão". Outros autores chegaram mesmo a afirmar que as crianças mais novas tenderão a negar os seus sentimentos de tristeza, enviesando assim o processo de autodescrição (Cytryn & McNew, 1972, 1974; Glasberg & Aboud, 1981), ou que as suas capacidades lhe permitirão reconhecer apenas um mal-estar geral, sem aceder à possibilidade de o definir, nomear, atribuir rótulo linguístico ou diferenciar.

As exigências ao nível da memória têm surgido frequentemente, a par das linguísticas e das cognitivas, como impedimentos a um processo auto-avaliativo fidedigno por parte da criança, já que ele implica o reconhecimento, a lembrança e a caracterização de experiências do passado, mais ou menos distante (últimas duas semanas, como é comum nos instrumentos de autodescrição como o CDD).

A noção de tempo envolvida na avaliação da depressão, já atrás referida, coloca desafios interessantes à medição da depressão infanto-juvenil, dado que há quem suponha que a criança não possui, até perto dos 7/8 anos, uma noção de tempo adequada, de forma a informar, com propriedade, sobre a duração do seu problema depressivo.⁹⁰ Tem sido, por isso, proposto, que os domínios da cronologia e da história da depressão se

⁹⁰ Como exemplificativo da importância do vector temporal, relembramos que para distinguir um Episódio de Depressão Maior de um de Distúrbio Distímico, este vector é um dos fundamentais (Fine et al., 1984).

apoiem na informação proveniente dos adultos, em especial da mãe (Orvaschel et al., 1981) ou, ainda, que se repensem as questões habitualmente colocadas nestas áreas, para as adaptar às capacidades de compreensão das crianças.

O próprio facto de inquirir sobre constructos psicológicos é discutível junto das populações infantis, dadas as suas possíveis inadequações às crianças dos níveis de desenvolvimento mais baixos. Por exemplo, parece que as crianças de idades mais jovens não conseguem realizar uma descrição pessoal baseada em abstrações psicológicas gerais, só o conseguindo fazer em termos de comportamentos observáveis e específicos.

A grande influência do contexto social e físico, sobretudo em termos de imediatez temporal de experiências, tem sido outro dos factores assinalados como limitadores na precisão e validade da informação prestada pela criança (Clarizio, 1989).

Apesar das discussões teóricas realizadas, poucas têm sido as investigações tendentes a investigar estes tópicos. Nas existentes, muitas destas noções não foram confirmadas empiricamente (Kazdin, 1981), ou os resultados são contraditórios. Analisemos alguns estudos empíricos.

Edelbrock e colegas (1985) empreenderam um estudo em que verificaram, ratificando algumas das anteriores asserções, que crianças com idade inferior a seis anos são pouco consistentes nas descrições e auto-avaliações dos seus sentimentos internos. Esta conclusão choca com a de outros estudos, os quais, baseando-se igualmente na investigação e na experiência clínica, sugerem que as crianças e os adolescentes são descritores fiéis dos seus próprios sintomas depressivos (Edelsohn et al., 1992; Puig-Antich, 1980).

Ollendick (1983a) explorou a influência dos formatos dos questionários de auto-descrição, em particular a variável "número de escolhas de resposta" e veio a confirmar que este aspecto deve ser tido em conta aquando da construção e adaptação de instrumentos. Assim, tal como é sugerido na sua investigação, as crianças mais novas (com menos de 8 anos) têm maior dificuldade em compreender uma escala de Likert de 5 pontos, mas conseguem, de uma forma válida e precisa, interpretar uma de 3 pontos (Ollendick, 1983a).

Já não ao nível das escolhas e adaptações dos instrumentos para avaliar, mas do processo de análise e interpretação das avaliações realizadas, tem-se reflectido sobre as implicações de se estarem a avaliar sujeitos vivendo marcadas mudanças desenvolvimentistas. Uma das consequências mais complexas dessa situação prende-se com a transitoriedade e qualidade comum e frequente dos sintomas, tão debatido neste campo (Edelsohn et al., 1992; Lefkowitz & Burton, 1978). Estas podem interferir com a validade dos instrumentos medidores da sintomatologia, pondo em causa a sua utilidade prática e o seu valor psicométrico.

Dado que não se espera estabilidade do comportamento das crianças, têm surgido algumas propostas para enfrentar a variável da mudança, nomeadamente a procura de instrumentos específicos e sensíveis a essas mesmas mudanças. Muitas vezes, para responder a este desafio metodológico, a estratégia escolhida tem implicado a utilização de diferentes instrumentos para diferentes níveis desenvolvimentistas, pelo que há que atender a possíveis entraves na interpretação dos resultados alcançados, dada a dificuldade em comparar esses diferentes instrumentos.

A adaptação da forma de questionamento dos instrumentos

avaliativos, às características das crianças, têm igualmente suscitado algumas reflexões. Como questionar sujeitos que possuem pensamento de tipo mágico, sobre as relações entre as pessoas e os acontecimentos? Qual o grau de sofisticação ou simplicidade linguística permitido por um instrumento? Quanta informação poderá ter cada item para que seja suficientemente perceptível, mas não exceda a quantidade de informação que a criança possa compreender e assimilar?

Todas estas questões têm provocado precauções no uso isolado de estratégias avaliativas auto-descritivas, quer em formato de entrevista, quer de inventário ou escala, defendendo como desejável não nos limitarmos a apoiar os estudos da depressão, em qualquer idade, apenas em medidas centradas na perspectiva do jovem (supostamente) depressivo. A sua opinião deve ser validada, quantificada e qualificada, confrontada com a perspectiva de terceiros e, sempre que possível, com a observação directa, objectiva e externa do seu comportamento. Poderemos assim usar, para contrapor à auto-observação do sujeito, quer dados provenientes de informadores que o conheçam bem (pais, professores, colegas, irmãos), quer do clínico, na sua qualidade de especialista em "normas" quanto à gravidade da sintomatologia (Rehm, 1988).

Esta constatação surgiu a par da importância mais geral, já descrita de, junto das populações mais novas, recolher e integrar informações concorrentes de outros significativos.

7.8. Acordo entre os agentes avaliativos: os problemas da validade e da convergência

Foram propostos, após os anos 80, diversos formatos metodológicos envolvendo múltiplas fontes de informação na avaliação da depressão infanto-juvenil. Estes pretendiam demonstrar que o envolvimento independente, simultâneo e complementar de diversos agentes avaliativos, poderia aumentar a validade da informação recolhida e consequentemente do diagnóstico, ao permitir a integração de diversas perspectivas, oriundas de vários sujeitos e contextos, ao combinar, simultaneamente, níveis de internalidade e externalidade e ao fazer diminuir o peso (exclusivo) na autodescrição (Fine, Moretti, Haley, & Marriage, 1984; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987).

Esta opção tinha como pressuposto que o objectivo de um qualquer processo avaliativo é o de recolher o máximo de informação relevante, mas nem sempre tinha em atenção que essa recolha deve ser feita da forma mais económica e eficiente possível.

Era esperado que a matrix total saísse enriquecida pela incorporação das diversas observações ou perspectivas parciais (Orvaschel et al., 1982) e supunha-se que esse enriquecimento fosse proveniente da convergência entre as várias informações, considerando-se que a validade dos dados era tanto maior quanto maior fosse a evidência de concordância. No entanto, essa matrix, pelas contradições e desacordos que se lhe mostraram inerentes, veio a revelar-se intrincada e muito difícil de interpretar.

Perguntas semelhantes, relativas ao mesmo comportamento, num mesmo sujeito, suscitavam respostas diferentes de avaliadores diferentes. Veio a verificar-se que "as discrepâncias entre diferentes fontes de

informação, a magnitude dessas discrepâncias e a qualidade do informador (criança, pais, professores...) tinha importantes implicações para o diagnóstico e o tratamento" (Kazdin & Petti, 1982, p.445).

Assim, diversos estudos empíricos fizeram sobressair a evidência de que as auto-avaliações dos sintomas depressivos, realizadas pelas crianças, não correspondiam, necessariamente, aos resultados encontrados junto de outras fontes de informação (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987), evidenciando a reduzida ou total falta de acordo entre as avaliações provenientes de diversas fontes (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987a e b; Herjanic & Reich, 1982; Stavrakaki, Vargo, Roberts & Boodoosingh, 1987; Weissman et al., 1980)."

A reflexão teórica e a pesquisa consequentes centraram-se no aprofundamento de três vectores (1) o grau de convergência da informação recolhida junto de vários tipos de avaliadores; (2) o grau de concordância encontrado entre diversos tipos de medidas depressivas utilizadas junto do mesmo informador; e (3) a determinação de qual o avaliador mais válido no processo de recolha de informação (Ines & Sacco, 1992; Kazdin et al. 1983; Sylvester, Hyde & Reichler, 1987). Era necessário, primeiro, examinar empiricamente e comparar a informação recolhida junto de cada fonte avaliativa, para depois perceber a natureza e o significado das razões do desacordo (Kashani et al., 1985). Finalmente, havia que decidir como conjugar as dissonâncias.

Para abordar a primeira questão, realizaram-se diversos estudos empíricos, em particular tentando explorar o grau de convergência entre a

⁹¹ O desacordo parece comum a todo o tipo de formas avaliativas, sendo que só os instrumentos auto-descritivos de diferentes tipos, respondidos pelo mesmo sujeito, parecem concordar com alguma consistência (Saylor et al., 1984b).

avaliação da própria criança depressiva e a avaliação sobre ela realizada pelos seus pais. Nesta linha, Kazdin e colegas (1983a, b e c) verificaram que, em amostras de jovens internados por perturbações psicológicas, o grau de concordância entre a avaliação dos pais e a realizada pelos próprios filhos era diminuto. A mesma tendência era encontrada noutros estudos (Leon et al., 1980; Stavrakaki, Vargo, Roberts & Boodoosingh, 1987; Weissman et al., 1980).

Destes e outros trabalhos se concluiu que a concordância das avaliações realizadas com a criança e com os seus pais é bastante limitada e tende a encontrar-se no nível baixo a moderado, em particular em amostras clínicas não ambulatorias, clínicas hospitalizadas e de risco (Costello, 1986; Chambers et al., 1985; Cytryn & Mcknew, 1980; Edelbrock et al., 1986; Herjanick & Reich, 1982; Moretti et al., 1985; Kashani et al., 1985; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987, a, b e c; Mokros, Poznanski, Grossman & Freeman., 1987; Moretti et al., 1985; Orvaschel et al., 1981; Weissman et al., 1980).

Estes dados pareciam contrariar alguns dos conhecimentos e das suposições sobre a depressão, como seja o facto do seu carácter não situacional dever implicar um maior grau de acordo entre avaliadores provenientes de diferentes contextos.

Para interpretar estes dados inesperados, surgiram dois tipos de explicação: uma centrada nas características dos avaliados, outra centrada nas características dos instrumentos. No primeiro caso, alguns autores defenderam que o tipo de população estudada (com estatuto de "normalidade" ou com estatuto clínico) poderia trazer resultados diferentes ao problema da convergência das avaliações criança-pais.

Esta posição é defendida por Wierzbicki (1987a), que desenvolve,

assim, um estudo empírico, que demonstra a existência de convergência entre a avaliação da depressão criança-pais em populações não clínicas. O autor supõe que esta conclusão já havia sido apoiada por um estudo anterior de Tisher e Lang (1983) e pelo facto dos trabalhos que aqui anteriormente citamos, abónatórios da baixa concordância, terem sido realizados com populações clínicas.

Apesar do aspecto apelativo desta possibilidade, ela não veio a ser retificada por outros estudos com populações normais, onde as divergências entre as avaliações se vieram a repetir (Leon et al., 1980; Mokros, Poznanski, Grossman & Freeman., 1987).

Este tipo de estudos foi alargado à comparação entre outras classes de avaliadores e outros formatos avaliativos. Ainda que a maioria desses estudos tenha usado escalas auto e hetero descritivas para realizar esta comparação, alguns centraram-se também sobre a procura de consonância dos resultados destes instrumentos e dos resultados nas entrevistas clínicas. Por exemplo, a validade convergente das auto-avaliações realizadas pelas crianças, em referência às avaliações realizadas por clínicos, veio a demonstrar-se relativamente boa, evidenciando, nalguns estudos, maior consonância do que as avaliações comparativas entre a criança e os seus pais ou a criança e os seus professores (Carlson & Cantwell, 1980; Moretti et al., 1985; Høien-Hoeksema, 1988; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987b). No entanto, de novo, os dados mostraram-se equívocos, já que alguns trabalhos empíricos vieram apontar resultados de correspondência entre a criança e o clínico igualmente baixos (Stavrakaki, Vargo, Roberts & Boodoosingh, 1987).

A falta de concordância na avaliação da depressão foi também confirmada na comparação entre a avaliação feita pelos pais e pelo clínico

(Stavrakaki, Vargo, Roberts & Boodoosingh, 1987).

Realizou-se também uma análise da convergência entre a avaliação efectuada pelos professores e pelos pais e pelos professores e pelos colegas. Ao primeiro nível, Wierzbicki (1987a) verifica que, numa população "normal", a avaliação das mães se correlaciona significativamente com a dos professores. Ao segundo nível, ela é também razoável (Ezpeleta, Polaino, Doménech & Doménech, 1990).

Foram propostas várias **soluções**, quer dirigidas à prática clínica, quer aos estudos de investigação, **para tentar resolver as discordâncias, atingir um grau elevado de integração congruente da informação assim recolhida e chegar à definição de caso.**

Uma das hipóteses levantadas para reduzir as discrepâncias avaliativas envolveu a possibilidade do mesmo instrumento ser completado, de forma sequencial, por mais do que um agente avaliativo. Esta solução foi pensada com o objectivo subjacente de discutir com os segundos informadores os dados não consonantes, prestados pelo primeiro informador. Alguns autores propuseram assim uma entrevista clínica inicial junto dos pais, complementada em seguida por uma entrevista com a criança, na qual abordariam os desacordos obtidos (Orvaschel et al., 1982). Outros, defenderam a inversão destes procedimentos, ou seja, a realização prévia da entrevista à criança e só depois a entrevista complementar aos pais (Kasáhní et al., 1985).

Com os adolescentes foi proposto também um formato deste tipo, com uma entrevista inicial ao jovem, completada em seguida pelas observações e registos do clínico. Finalmente, uma outra possibilidade foi colocada, apoiando o diagnóstico final no julgamento, decisivo, do clínico/entrevistador. Esta resolveria e anularia as discrepâncias entre

informadores, dadas nas entrevistas prévias (Costello, 1986; Kovacs et al., 1984a e b).⁹²

Das correntes teóricas da terapia familiar surgia uma outra proposta prática, quanto a nós com maiores potencialidades: a da entrevista conjunta com a criança/adolescente e os pais, abordando e integrando, de imediato, as perspectivas de cada um (Oster & Caro, 1990).

Há especialistas que defendem metodologias avaliativas incorporando, em simultâneo, diversos ângulos do problema e, conseqüentemente, não já a repetição do mesmo instrumento junto de diferentes informadores, mas o uso de diferentes instrumentos completados por diferentes agentes informativos, como por exemplo a entrevista clínica, a observação directa e as escalas auto e hetero-descritivas (Matson, 1989). Neste sentido, Herjanic e Reich (1982) propuseram que fosse recolhida informação diferenciada de acordo com os agentes (mais assente nos estados emocionais internos no caso das crianças e adolescentes ou mais apoiada nos comportamentos externos observáveis, no caso de pais, professores ou colegas), bem como que se envolvessem activamente os professores no processo avaliativo da depressão infanto-juvenil.

A introdução dos professores nos procedimentos avaliativos tem sido cada vez mais defendida nos últimos anos. A quantidade de tempo que o professor passa diariamente com o aluno e a sua perspicácia em observar e informar sobre comportamentos sintomáticos da depressão ou a ela associados, levaram, nos últimos anos, a perspectivar os professores como agentes avaliativos preferenciais da depressão nos mais novos.

⁹² Subjacentes a estes vários formatos, estão diferentes entrevistas (ISC, DISC, etc.), bem como a atribuição de diferentes importâncias à informação proveniente de cada um dos agentes avaliativos.

A concretização desta proposta veio também introduzir o tema da convergência. Paradoxalmente, a verificação da falta de concordância entre a avaliação de professores e de alunos, que veio a ficar patente nalguns estudos recentes como o de Ines e Sacco (1992), não veio colocar os professores numa posição de solucionarem o problema dos desacordos, mas sim de o estimularem. Dessa constatação de dissonância, levantaram-se mais duas possibilidades práticas para diminuir o desacordo entre a própria criança e o adulto: uma, sugerindo tornar os instrumentos mais específicos e mais referenciados ao conhecimento particular que cada adulto, no seu papel de professor ou pai, tem da criança ou jovem e outra tendo em conta e controlando o grau de contacto e, em consequência, de conhecimento e familiaridade que esse adulto tem com o sujeito que avalia (Ines & Sacco, 1992)."

O mesmo estudo de Ines e Sacco dá-nos uma indicação quanto à relevância e viabilidade destes factores para o problema em causa. Ao explorarem, do ponto de vista empírico, os dois aspectos, os autores não verificaram uma maior eficácia na correspondência entre uma avaliação da depressão mais específica e uma mais global realizada pelos professores, ambas correlacionadas, num nível moderado, com as auto-avaliações dos seus alunos, mas encontraram resultados de concordância mais elevados quando o nível de familiaridade com o aluno era maior. Segundo estes mesmos autores, o relevo demonstrado quanto ao peso do nível de conhecimento tido pelo sujeito que avalia, face ao sujeito alvo da avaliação, parece dever ser tido em conta na concordância entre professores e alunos,

"Por exemplo, o facto de se estar no final de um ano lectivo quando se efectua a avaliação, pode não ser, por si só, factor suficiente para essa definição.

apesar do critério que define essa familiaridade estar longe de ser inequívoco."

Tem ainda sido sugerido que um treino prévio realizado junto dos adultos, dando informação específica sobre a perturbação depressiva, possa facilitar a convergência avaliativa. A exploração empírica desta proposta, efectuada com professores, não demonstrou, de novo, que ela venha a ser uma boa solução para o problema. Assim, Ines e Sacco (1992) verificaram que após um breve treino, estimulante do conhecimento e compreensão sobre a depressão, os professores passavam a cotar mais sintomas depressivos, mas a concordância com a avaliação feita pelos jovens não aumentava. Os autores discorrem, como explicação para o facto, sobre hipotéticas insuficiências do conteúdo e tempo do treino.

Uma das saídas possíveis, provavelmente básicas e primordiais, para reduzir a incompatibilidade das informações, liga-se com a chegada a acordo, inequívoco, quanto aos critérios que determinam, para cada instrumento, o ponto a partir do qual se considera que o sujeito é depressivo. Uma vez esses critérios são baseados em pontos de corte, outras são apoiados em decisões estatísticas (desvios-padrão, percentis, etc.), mas, de uma forma geral, nem há unanimidade nesses critérios, mesmo quando são do mesmo tipo, nem se mostram universalmente apropriados (Doerfler, Felner, Rowllson, Raley & Evans, 1988).

A inexistência de consonância e adequação neste particular, tem óbvias implicações na determinação dos casos de depressão. A decisão quanto aos pontos de corte óptimos, individualizada para cada instrumento,

é essencial para uma classificação correcta dos sujeitos, ou seja, para uma determinação válida do grupo dos depressivos e dos não depressivos (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987)."

Kazdin e colegas, por exemplo, verificaram, num estudo publicado em 1986, que os pontos de corte de uma mesma medida deverão variar consoante o agente avaliador (pai ou criança). Este factor terá, quanto a nós, que ser explorado, para assegurar que quando comparamos avaliações de mais do que um agente, estejamos a comparar, o mais exactamente possível, os mesmos grupos de sujeitos. A criação de dados normativos consonantes, relativos à idade e ao sexo das crianças e adolescentes, bem como a outras variáveis como o nível socio-económico, são também propostos para facilitar o processo de determinação de casos e, portanto, para melhorar o grau de concordância. Estes aspectos estão demasiadas vezes em falta nos estudos dos instrumentos existentes, já que muitos não possuem dados inequívocos sobre precisão, validade e normatividade.*

Mokros e colegas (1987) defenderam, ainda, que o uso dos resultados globais dos instrumentos usados (uma nota final, somatório da escala), seria uma das razões das inconsistências e das limitações das comparações efectuadas, propondo, não uma análise de convergência, apoiada em parâmetros tão gerais, mas uma análise mais fina, centrada, por exemplo, nos itens ou sintomas. Aqui, deveria ser estudada a

* Os pontos de corte propostos pelos autores dos instrumentos seleccionam, no mesmo tipo de população e na mesma amostra, grupos de sujeitos com níveis de depressão altamente discrepantes. Quando se comparam os sujeitos identificados por mais do que um instrumento em simultâneo, este problema fica substancialmente agravado.

* Aqui se enquadra também a necessidade premente de atender, explorar e apresentar, claramente, nos trabalhos científicos, dados sobre as qualidades psicométricas de cada instrumento, tantas vezes e incompreensivelmente, negligenciados.

concordância face a sintomas diferentes, já que o grau dessa concordância parece variar de acordo com o tipo de sintoma e com o tipo de avaliador.

Poucos dos procedimentos alternativos propostos foram empiricamente validados e os estudos que o tentaram verificaram que nenhuma das abordagens demonstrava uma inequívoca validação consensual (Sylvester, Hyde & Reichler, 1987). Quer se dê mais relevo à informação vinda do jovem, quer se sobrevalorize a informação proveniente dos adultos, o objectivo é sempre o de encontrar um consenso nos dados recolhidos e a proposta que tem sido realizada, de utilizar medidas e avaliadores múltiplos, trouxe mais problemas do que aqueles que conseguiu resolver (Beardsley et al., 1985).

As soluções práticas atrás apresentadas não vieram resolver problemas de fundo, em especial os que se ligam com as razões das discrepâncias entre diferentes avaliadores. Neste campo, têm sido postas diversas hipóteses, que a seguir debateremos.

Curiosamente, tem vindo a sobressair que o tipo de comportamento e a sua qualidade mais subjectiva ou exteriorizada pode explicar um pouco da variância encontrada. Assim, verifica-se que o acordo é maior quando o comportamento é objectivo, concreto, observável, grave e não ambíguo (Herjanich & Reich, 1982; Puig-Antich et al., 1983) e que a concordância é menor quando são avaliados estados internos como a depressão (Stravakaki, Vargo, Roberts, Boodoosingh, 1987). A coincidência nos dados é igualmente mais elevada quando se avalia a presença ou ausência de sintomas específicos, mas é baixa ou inexistente quando se avalia a frequência, gravidade ou duração desses sintomas (Kazdin et al., 1983a e b; Saylor et al., 1984b).

Uma das hipóteses explicativas defende que o que está em causa é o tipo de informação a que cada um tem acesso. O facto da convergência entre as avaliações obtidas entre pai e mãe tender a surgir no nível médio a moderado (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987b) pode, eventualmente, apoiar esta possibilidade.

Outras hipóteses pertinentes foram sendo colocadas e as pesquisas foram demonstrando que a variação poderia ser proveniente, não apenas de um factor isolado, mas de um conjunto de factores. Segundo se pode concluir da literatura, os desacordos entre a informação prestada pelos pais e pela própria criança ou adolescente sobre o seu comportamento depressivo podem variar em função (1) do tipo de patologia (depressão, ansiedade, desordem de conduta...) e de sintomas (internos ou externos); (2) das características da criança (nível de desenvolvimento, Q.I., idade, sexo, estatuto clínico); (3) das características dos pais (possível patologia psicológica, sexo, tipo de relação conjugal); e (4) da relação entre a criança e os pais (estatuto de parentalidade em relação à criança, estatuto de convivência com a criança, estilos educativos) (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987a; Stavrakaki, Vargo, Roberts & Boodoosingh, 1987).

A complexidade da questão fez ainda surgir outras hipóteses explicativas, como as apresentadas por Leon e colegas (1980), que defendem que as disparidades podem dever-se a diferenças comportamentais reais nos vários contextos ambientais e sociais, a falta de enquadramento de referências comuns quanto ao que é o comportamento desajustado, ou ainda à possibilidade dos adultos, em particular os pais, terem um padrão de resposta que atenda especialmente aos aspectos negativos das suas crianças.

O que parece, então, **explicar estas divergências?**

Será que está em jogo um desconhecimento, por parte do adulto, dos humores e sentimentos mais internos das crianças (Cytryn, McKnew & Bunney, 1980)?⁹¹ Será que os filhos ou alunos depressivos não comunicam o seu mal-estar aos pais e professores? Será que os adultos, especialmente os que tenham algum tipo de disfunção, deformam a imagem real que lhes vem dos jovens (Moretti et al., 1985)?⁹² Esconderão os pais, por auto-culpabilidade e responsabilização, a gravidade dos sintomas dos seus filhos? Haverá diferenças no grau de concordância, em função da idade dos sujeitos, com uma maior sintonia em níveis etários mais elevados (Edelbrock et al., 1986)? Terá a idade um papel importante nas auto-avaliações, influenciando o grau de convergência, supondo-se que os adolescentes sejam melhores relatores das suas experiências subjectivas? Será o acordo dependente do tipo de linguagem utilizado nas questões avaliativas, aumentando a consonância com o aumento da precisão terminológica (Reich et al., 1982)? Será que as diferenças nas várias percepções envolvidas são específicas a certo grupos de sintomas, ou são globais? Dependerão das diferentes informações a que cada um tem acesso? Será que a convergência está dependente do tipo de população e do tipo de gravidade do problema avaliado? Haverá um ponto de gravidade em que deixa de haver coincidência entre as avaliações criança/pais, ponto esse a partir do qual os pais passam a avaliar os comportamentos dos filhos como mais problemáticos (Wierzbicki, 1987a)?

Desconhecerão os adultos os sinais de depressão? Serão as dissonâncias encontradas, consequência de diferenças válidas na percepção,

⁹¹ Alguma investigação confirma esta possibilidade (Orvaschel et al., 1981, Moretti et al., 1985).

⁹² Este aspecto surge confirmado num estudo de Moretti e colaboradores (1985), que sugere que a depressão nos pais se relaciona, significativamente, com a auto-percepção de depressão nos filhos.

identificação e relato do problema (uma experiência subjectiva não pode ser coincidente com uma experiência objectiva), terão a ver com a validade e as características dos instrumentos utilizados (como diferenças no conteúdo abarcado pelos itens de cada um dos instrumentos usados), ou, ainda, terão a ver com a diferenciação nos contextos e na informação a que cada um tem acesso (Stravakaki et al., 1987)?

7.9. Acordo entre diferentes instrumentos avaliativos

Nos debates anteriores estão entrelaçados, quantas vezes indistinguíveis, os dois níveis distintos de abordagem do fenómeno já anteriormente apontados: as qualidades, limitações e potencialidades do sujeito que avalia e as qualidades, limitações e potencialidades do instrumento que é usado para avaliar.

Analisamos, até aqui, a possibilidade das divergências dependerem do avaliador. Pressupõe-se, com frequência, que estivesse a em causa a ausência de precisão dos julgamentos, quer da criança, sobre os seus próprios comportamentos ou atributos, quer dos adultos, incapazes de apreender as características dos seus filhos ou alunos. No outro quadrante, foi sugerido que a justificação estivesse no tipo de medida usada.

Tem havido alguma confirmação empírica para este ponto particular, já que o nível de concordância encontrado ao utilizar diferentes medidas completadas pelo mesmo avaliador, tende a ser bastante elevado (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987a).

Para perceber se as divergências encontradas se devem a problemas nos métodos de avaliação, entraremos na reflexão relativa ao

grau de concordância entre diversos tipos de medidas. Esta tem sido aprofundada, em especial, através da análise comparativa entre as avaliações das populações depressivas identificadas por instrumentos de autodescrição e de entrevistas clínicas para diagnóstico psiquiátrico. Os estudos desencadeados têm vindo a explorar, nos casos de dissonância, a possível impugnação da validade das medidas envolvidas.

A ligação entre os diversos instrumentos tem envolvido estudos de validade concorrente (relação entre diferentes medidas de depressão), convergente (relação com medidas de outros constructos hipoteticamente relacionados com a depressão infanto-juvenil) e de critério (para perceber a extensão em que as medidas realmente distinguem as crianças depressivas das não depressivas).

A determinação da qualidade de um instrumento de tipo auto descritivo como é o caso do CDI (Kovacs, 1981) ou do DSRS (Lefkowitz & Tessiny, 1985), utilizados no presente estudo - é portanto das suas possibilidades para relacionar sintomatologia depressiva com diagnóstico psiquiátrico e das suas potencialidades para diferenciar entre normalidade e sinais de distúrbio específicos da entidade que se dizem avaliar, tem sido alvo de discussão.²² Os estudos têm comparado classificações dicotómicas (ausência versus presença de sintomas), em vez de comparar a sua gravidade (Mokros, Poznanski, Grossman & Freeman, 1987) e resultados sumários ou globais (notas totais ou classificações englobantes), em alternativa a analisar sintomas específicos, quando talvez fosse mais

²² Espelhando estas dificuldades, os vários instrumentos usados na avaliação das manifestações depressivas diferem em função do peso relativo que dão à sintomatologia verbal-afectiva, somática, interpessoal, etc. Nenhum instrumento de auto-descrição consegue cobrir, totalmente, os sintomas dos distúrbios afectivos, tal como definidos pelo DSM-III-R, pelo RDC ou pelo ICD 9. A maioria destes questionários reflectem mais a diversidade da sintomatologia do que a sua gravidade ou duração. As entrevistas, em contrapartida, têm tentado cobrir o leque sintomático típico dos critérios de diagnóstico.

proveitosos analisar ambos em conjunto.

Para estudar a extensão em que os instrumentos de quantificação identificam sujeitos com diagnóstico de depressão, Kazdin e colaboradores (1983a e b) exploraram a concordância entre a auto-avaliação e a avaliação por meio de entrevista de diagnóstico, quer nas crianças, quer nos seus pais. Verificaram que as crianças que haviam sido diagnosticadas com um Distúrbio de Depressão Maior se avaliavam e eram avaliadas pelos pais como mais depressivas, o que apontava, nas próprias crianças e nos seus pais, para a sua capacidade em diferenciar o sujeito classificado clinicamente como depressivo.

Este problema foi igualmente explorado ao nível da comparação entre avaliações realizadas pela própria criança e avaliações desenvolvidas pelos seus colegas. Aqui verificou-se que, quer se tratasse da avaliação por colegas, quer da auto-avaliação, as crianças com diagnóstico de depressão demonstravam resultados mais elevados. Apesar disso, nenhuma das medidas diferenciava entre os sub-tipos da depressão (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987), aspecto que confirmava dados publicados por Fine e colegas (1984).

No trabalho de Kazdin e colaboradores, anteriormente citado, verificava-se que a combinação das várias medidas utilizadas, compondo uma bateria, era o formato que permitia uma maior precisão (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987), bem como se sugeria que as discrepâncias se encontravam relacionadas com o tipo de diagnóstico, já que os pais das crianças com Distúrbio de Depressão Maior subestimavam a depressão dos seus filhos e os pais das crianças com Distúrbio Distímico sobrestimavam a depressão nos seus.

Eason e colegas (1985) encontraram dados apoiantes da validade

concorrente entre a entrevista psiquiátrica realizada pelo clínico (CDRS, Poznanski et al., 1979) e um inventário de autodescrição (CDI, Kovacs, 1978), defendendo que ambos os métodos avaliativos parecem estar a medir as mesmas características nas crianças.

Tem sido também discutido se o facto de se estudar uma relação entre medidas originadas em diferentes conceptualizações e níveis de abordagem da depressão (sintoma versus distúrbio, por exemplo) poderá provocar muita da variância (Doerfler, Felner, Rowlison, Raley & Evans, 1988).

Uma outra explicação apresentada para as discordâncias encontradas, atendendo às características dos instrumentos de autodescrição, lança a hipótese de que as três alternativas de resposta (tão comuns nestes instrumentos), reduzam a possibilidade de acordo, propondo, por isso, o aumento do número de opções para tentar aumentar o grau de concordância (Ines & Sacco, 1992). Ainda que intuitivamente nos pareça que o alargamento do número de opções deverá levar a uma maior discordância, há que ter em conta que a comparação que aqui se refere não é entre o mesmo tipo de instrumentos, mas sim entre escalas de auto-descrição da presença e gravidade do problema e as entrevistas clínicas. Neste sentido, dada a maior dimensão de áreas abarcadas na entrevista, cobrindo um leque de informações lato para chegar à determinação de presença ou ausência de diagnóstico, a coincidência com a classificação nas escalas poderá aumentar se estas aumentarem a dispersão das suas opções. No entanto, pelas razões desenvolvimentistas já apontadas, parece que há que ser cuidadoso na escolha e adequação do número de escolhas em função das idades da criança.

A observação directa tem surgido, também, como uma possível

solução para a constatação das inconsistências (Costello, 1986). Encarada como-ideal (Kashani et al, 1983) é, no entanto, vista como extremamente difícil de concretizar.

Talvez os estudos de *follow-up*, os marcadores biológicos ou o uso de critérios externos independentes, como o diagnóstico, se venham a demonstrar esclarecedores na determinação do peso relativo da informação delegada por cada um (Costello, 1986; Kazdin, 1990) e auxiliem na determinação da medida que melhor predirá o desempenho noutras áreas ao longo do tempo (Kazdin, 1990; Stravakaki et al., 1987a).

Face às dissonâncias entre avaliadores e ao desacordo entre o que é medido por cada instrumento, coloca-se uma outra questão central: a da determinação de quem dará uma informação mais consonante com o real, quem reflectirá o "verdadeiro" estado da depressão ou quem **mais provavelmente delineará grupos de diagnóstico**. Neste domínio, foram realizados estudos de validade de critério e de validade convergente entre medidas alternativas e as conclusões nem sempre se revelaram consonantes.

A questão básica fundamental é aqui saber se os processos de diagnóstico e de avaliação serão precisos e válidos para realizar a distinção entre normalidade e distúrbio e/ou a diferenciar entre distúrbios ou síndromas psiquiátricos distintos (Barrera e Garrison-Jones, 1988; Kazdin & Petti, 1982).

Kazdin e colegas (1983a,b e c) defendem que as informações das crianças se mostram mais adequadas que as dos seus pais, já que estes tendem a exagerar a gravidade e intensidade dos sintomas dos seus

filhos.¹⁰⁰ Segundo estes autores, as estimativas de gravidade das crianças tendem a ser mais baixas do que a dos pais (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987a, b e c; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987).

Contrariando estes dados, Costello e colegas (1986) afirmam que, de uma forma geral, as crianças se avaliam com mais sintomas afectivos do que os seus pais, aspecto que é confirmado num estudo de Moretti e colegas (1985) e de Wierzbicki (1987a); este realizado com populações normais. Um outro trabalho verifica que as mães avaliam consistentemente as suas crianças com menor gravidade, do que as próprias crianças se avaliam a elas próprias (Helsel & Matson, 1984).

Segundo um estudo de Ezpeleta e colegas (1990), os professores serão melhores informadores do que os colegas, já que os resultados das suas avaliações discriminam melhor entre vários grupos de diagnóstico. Com efeito, as escalas de avaliação por colegas tendem a ser incapazes de diferenciar entre sub-grupos de diagnóstico, mas as dos professores, com um conteúdo semelhante, parecem discriminar. É conclusão dos autores (Ezpeleta, Polaino, Doménech & Doménech, 1990) que a fonte da informação tem maior peso que o formato ou os conteúdos avaliativos. Ainda assim, a avaliação realizada pelos professores não possuía total sensibilidade, nem homogeneidade, já que discriminava melhor os grupos clínicos considerados mais graves (Episódio Depressivo Maior) do que os grupos menos graves e mais heterogéneos (Distúrbio Distímico) (Ezpeleta,

¹⁰⁰ Apesar disso, a avaliação da depressão pelos pais diferia entre os grupos diagnosticados de depressivos e não depressivos, enquanto as auto-avaliações não diferiam entre estes dois grupos. Estes dados foram apoiados pelo estudo de Stravakaki e colaboradores (1987). Em contraponto, Moretti e colegas (1985) verificaram, na sua investigação, exactamente o oposto, ou seja, que a avaliação dos pais não diferenciava entre os grupos diagnosticados como depressivos e não depressivos, ainda que os resultados das auto-avaliações fossem consonantes com o diagnóstico psiquiátrico. Talvez estas contradições tenham na base variáveis não controladas pelos estudos, como a idade das crianças, o seu estatuto clínico, etc.

Polaino, Doménech & Doménech, 1990). De novo, o problema será do avaliador, do instrumento avaliativo ou de ambos?

Mokros e colaboradores (1987) irão defender, a este propósito, que estas questões estão dependentes do tipo de amostra, já que, segundo ele, as crianças pertencentes a populações não clínicas, quando comparadas com as populações clínicas, mostram maior tendência para se auto-avaliarem com mais gravidade em certos sintomas (como os comportamentais e os ideativos).

Tendencialmente, podemos dizer que resultados medianos ou elevados nos instrumentos de autodescrição são indicadores de risco para a depressão clínica. A validade das medidas auto-descritivas da depressão em crianças parece assim apresentar resultados mistos, já que estes instrumentos tendem a mostrar-se relacionados com outras medidas auto-descritivas de constructos teoricamente associados com a depressão, mas demonstram uma associação fraca com as medidas de depressão completadas por outros avaliadores. Ainda, como vimos, as correlações dos instrumentos completados pelo mesmo avaliador são elevadas (Doerfler, Felner, Rowlison, Raley & Evans, 1988).¹⁰¹

A temática da avaliação categorial (presença ou ausência de um diagnóstico) versus avaliação dimensional (envolvendo a determinação da gravidade de certo sintoma), das suas conjugações e complementariedades, tem sido debatida com interesse. Ao utilizar instrumentos avaliativos que determinam o grau da presença de certos sintomas em associação com instrumentos de diagnóstico ficamos assim a saber, não só se a criança tem

¹⁰¹ É de notar, no entanto, que estas características não são exclusivas dos instrumentos de avaliação da depressão.

ou não um determinado diagnóstico, mas também qual o grau em que o manifesta. A gravidade pode ser avaliada independentemente do diagnóstico e a maioria dos instrumentos avaliativos de despiste (escalas, questionários...) foram construídos para cumprir este papel. Alguns autores defendem mesmo como mais importante a determinação da gravidade de um conjunto de sintomas do que a determinação da presença ou ausência de um diagnóstico (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; Mokros, Poznanski, Grossman & Freeman., 1987). Os sintomas poderão portanto variar de intensidade, quer o sujeito tenha ou não esse diagnóstico. A relação da depressão com outras categorias, como as demográficas, pode ser mais facilmente avaliada através da quantificação da gravidade do que da classificação diagnóstica e as medidas de gravidade - porque mais sensíveis - são importantes para medir os efeitos do tratamento e avaliar a diferenciação entre diferentes abordagens terapêuticas. No entanto, estamos a dois níveis diferentes de abordagem do fenómeno, pelo que não podemos falar de superioridade de um formato avaliativo sobre o outro. Muitas vezes, eles estão interligados, pois uma medida de gravidade permite o atingir de pontos de corte apoiados em critérios estatísticos e normativos e também porque podemos derivar entidades diagnósticas de métodos quantitativos extraídos das avaliações de gravidade de certos complexos sintomáticos (Kazdin et al., 1984a e b).

"É axiomático que se diferentes investigadores usam diferentes critérios definidores ou diferentes métodos de avaliação, então estão a ser incluídos nas investigações grupos heterogêneos de crianças" (Kendall, Cantwell & Kazdin, 1989, p.110). Isto coloca graves imprecisões e entraves aos estudos empíricos e às intervenções clínicas. Para tomar decisões clínicas, seria necessário entender como sintetizar ou integrar informações

discordantes e isto é tanto menos possível quanto procuramos, sem encontrar, se uma das fontes avaliativas é mais precisa e rigorosa que outra, ou se as correlações moderadas ou baixas são sinal de fraqueza da medida avaliativa.

Dadas estas dificuldades, Kazdin (1986) refere que nenhuma das medidas de avaliação da depressão infanto-juvenil deve ser considerada como "a verdadeira", pois todas as perspectivas sobre o problema implicam enviesamentos.

É nosso entender que o não esclarecimento dos aspectos que provocam o enviesamento da informação recolhida, é consequente a uma complexidade teórica, avaliativa e empírica, maior do que aquela que tem sido abarcada.

Parece assim que, apesar do contacto frequente que pais, professores e colegas estabelecem, em princípio, com a criança ou com o jovem, estes se mostram relativamente alheios à sua vivência de sintomas depressivos (Kashani et al., 1983). Quanto aos clínicos, é sugerido que apesar de treinados, conhecedores da psicopatologia e com maior capacidade de diferenciação e maior objectividade, pela pouca familiaridade com a criança e o com o seu contexto, estão igualmente limitados, de alguma forma, na eficácia da avaliação e subsequente diagnóstico que realizam. Todos eles não deixam, no entanto, de ser fundamentais no processo, já que a forma como percebem e interpretam o comportamento da criança (ainda que seja contraditória ou divergente da dessa mesma criança) nos dá uma perspectiva mais completa e ecológica e uma condução mais alargada e objectiva dos futuros objectivos terapêuticos.

Devemos estar atentos para não deixar vingar a ideia (subjacente

a muita da literatura sobre este problema da convergência) de que o desacordo é atribuível, fundamentalmente, há incapacidade auto-avaliativa da criança (Mokros, Poznanski, Grossman & Freeman., 1987). A justificação para esse desacordo não estará, creio, aí, mas sim no facto da informação que é prestada por cada agente avaliativo, através dos instrumentos habitualmente usados, implicar uma percepção, valoração, interpretação e construção pessoal, a somar ao facto de cada um ter de facto acesso a parcelas não coincidentes da realidade dita objectiva.

Creio assim que a resposta à pergunta de "o que fazer com as informações discrepantes?", que tem sido respondida, de tantas formas (por exemplo, propondo fazer-se a soma das informações, pô-las a igual nível ou, pelo contrário, dar-se mais peso a uns informadores do que a outros [Mokros, Poznanski, Grossman & Freeman., 1987]) pode encontrar-se na complementariedade. A visão de cada um dos envolvidos no problema acerca desse mesmo problema, é uma riqueza, não a desprezar porque difere da dos outros, mas a associar de forma complementar à dos outros avaliadores. Deverá ser numa perspectiva de enriquecimento pelas diferenças encontradas e não de procura de anulação dessas diferenças que a avaliação da depressão infanto-juvenil deve ser encarada. Contudo, esta perspectiva só fará sentido após assegurarmos o acordo e a validade, quer da definição do conceito, quer dos instrumentos que o medem. Em simultâneo, tal implicará uma alteração do modelo em que se baseiam a classificação e a avaliação do fenómeno, passando de uma visão mais interna a uma mais transaccional, assumindo que o constructo adquire validade e significado na convergência entre as duas visões do problema: a interna e a externa.

Parece claramente emergir de todos estes resultados a

necessidade de ir para além da mera combinação de instrumentos, metodologias e avaliadores, já que a recolha de dados que está em causa envolve sujeitos que se influenciam reciprocamente (Harris, 1985). Como nos diria Harris (1985), o estudo da complexidade inerente ao próprio processo, fará mais sentido apoiarmo-nos em modelos do comportamento normal, transaccionais, do que em modelos da psicopatologia, interiorizados e integrarmos, em conjunção, aspectos ideográficos com aspectos nomotéticos.

Tudo isto não deve obviar a que, toda a variância atribuível a deficiências nos instrumentos, venha a ser reduzida ou eliminada. Deve, em simultâneo, implicar que se introduzam novos tipos e formatos avaliativos, para juntar perspectivas mais objectivas às perspectivas mais pessoalizadas. É assim que, apoiando a posição de Kazdin (1990), supomos que este tipo de avaliação mais centrado em formatos intra-psíquicos e em sintomas, deva ser complementado por técnicas cognitivo-comportamentais (como as análises funcionais do comportamento interno e externo) atendendo à contextualização temporal, situacional e relacional do comportamento depressivo em estudo.

O peso que vem sendo dado a uma visão etiológica mais interiorizada do problema, patente nos instrumentos de autodescrição ou nas entrevistas existentes peca, quanto a mim, pelo quase total esquecimento da importância das relações sociais no surgimento e manutenção da depressão. Se os estudiosos e teóricos da depressão adulta já atenderam, de alguma forma, a esta posição, ela não é levada às suas consequências nos procedimentos avaliativos.

Nas crianças, mais do que junto de qualquer outra população, a depressão só se compreende em contexto relacional e de mudança

permanente. Assim, avaliar os determinantes da consistência (antecedentes e consequentes, internos e externos) do comportamento depressivo, a par das condições de mudança, parece-nos essencial para perceber e para tratar esta desadequação (Harris, 1985). Isto passa, essencialmente, neste momento ainda exploratório, por uma perspectiva conceptual mais aberta, associando os entendimentos da depressão enquanto traço e enquanto estado, de forma mais integrativa, menos dicotómica e menos reducionista.

A avaliação mais naturalística, de tipo descritivo cognitivo-comportamental será básica, quanto a nós, no trabalho clínico com crianças vivenciando este problema (Harris, 1985) e só uma distinção mais clara nos objectivos e nas implicações de cada processo avaliativo particular permitirá encontrar um caminho neste emaranhado de contradições e reducionismos. Permitir a influência dos princípios e procedimentos comportamentais nos formatos avaliativos da depressão infanto-juvenil, em particular no contexto terapêutico, pode ser, a par da criação de novas estratégias avaliativas e de mais aprofundamentos metodológicos sobre as existentes, a desenvolver no contexto empírico, a única saída.

8. TERAPIA E PREVENÇÃO: O INÍCIO DE UMA ERA

No one intervention approach will be optimally effective with each youngster. Youngsters who have similar depressive symptomatology may vary greatly (...). For this reason, depression must be viewed from a holistic framework.

Maag & Forness, 1991

Com o reconhecimento (1) da gravidade potencial das manifestações depressivas junto das populações mais jovens; (2) das consequentes incapacitações funcionais a que tais manifestações poderiam levar; e (3) de que o prognóstico para estas idades era muito menos animador do que se supunha (Kaslow & Rehm, 1983; Kovacs et al., 1984a e b; 1988; Puig-Antich, 1985), emergiu, recentemente, o interesse nas intervenções terapêuticas e preventivas junto dos grupos etários mais baixos. No entanto, muito do investimento realizado pelos técnicos limitou-se ao campo teórico, tendo sido reduzido o impacto clínico e quase ausentes as demonstrações empíricas.

A tarefa de implementar mudanças positivas na adaptação dos jovens com depressão, ou o evitamento dessa condição psicológica, não se mostrou fácil. As razões das dificuldades, diversas, sobressaíram, mais uma vez, das imprecisões conceptuais, do desconhecimento real da natureza e composição do fenómeno, das características próprias aos jovens e da

ausência de propostas idiossincráticas e criativas para a intervenção neste campo:

Para muitos, só tem sentido falar em estratégias terapêuticas ou preventivas, quando estamos face a uma entidade unitária, a uma população relativamente homogênea e a um grupo clínico facilmente identificável e diagnosticável (Kaslow & Rehm, 1983). Como vimos, na depressão infanto-juvenil é questionável quem é considerado depressivo, não é acordado qual o conjunto ou padrão de comportamentos deficitários ou excedentários a serem alvo de intervenção, não parece haver uma entidade homogênea e é pouco clara a etiologia do fenómeno. Estes factos, associados ao enquadramento frequente do problema dentro das fronteiras das concepções psiquiátricas - para quem as fases explicativa e descritiva são tanto ou mais importantes que a fase interventiva - empurraram este domínio para segundo plano.

As diversas estratégias remediativas surgidas limitaram-se, até muito recentemente, a reproduzir os processos vindos do já experiente domínio terapêutico da depressão nos adultos (Kovacs et al, 1981), incorrendo, de novo, num erro de adultomorfismo linear.

Até há uns anos atrás, a investigação sobre intervenção remediativa em crianças depressivas centrava-se nas terapias psicodinâmicas (e. g. Bibring, 1965) e farmacológicas (e. g. Fromer, 1967), padrão que se manteve até ao final dos anos setenta, altura em que começaram a emergir, espaçadamente, estudos envolvendo outras abordagens terapêuticas (e. g. Butler et al., 1980; Fine et al., 1991; Frame, Matson, Sonis, Fialkov & Kazdin, 1982; Kaslow & Rehm, 1983; Reynolds & Coats, 1986; Weller & Weller, 1984a). Divididas na escolha entre psicoterapia individual ou grupal, estas abordagens rapidamente

vieram a confluir nas acções terapêuticas de pendor cognitivo, seguindo os mesmos caminhos pisados pelo tratamento da depressão nos adultos.

Na perspectiva cognitivo-comportamental, que interessa em particular ao domínio conceptual em que este trabalho se posiciona, a baixa frequência de estudos existentes para investigar a eficácia destas metodologias em crianças e adolescentes dá um estatuto meramente promissor aos resultados obtidos (Maag & Forness, 1991; Maag, 1988a; Stark, 1990), ainda que, dos poucos dados que se possuem, a larga maioria se tenha mostrado eficaz (Frame, Cuddy & Robinson, 1989; Kaslow & Rehm, 1983; Nezu, 1987; Stark et al., 1989).

Acompanhando o desenrolar histórico, aqui apresentamos primeiro os modelos comportamentais mais estritos e depois os modelos cognitivos.

As abordagens de pendor mais comportamental, têm tendido a centrar-se sobre a modificação de sintomas específicos e sobre o treino de competências. Assim, encontramos intervenções terapêuticas viradas para o aumento de relações sociais positivas, em particular treinos centrados ao nível do contacto ocular, do número de sorrisos, da posição corporal, da expressão emocional de contacto e da qualidade e duração do discurso. Também têm sido alvo de melhoramentos o grau de envolvimento em actividades reforçantes, a motivação nas tarefas e o baixo rendimento escolar. Um conjunto mais restrito tem tentado pôr em prática treinos para ensinar a criança ou o adolescente a lidar adequadamente com as situações *stressantes* ou *aversivas* da sua vida (Frame, Matson, Sonis, Fialkov & Kazdin, 1982; Frame, Cuddy & Robinson, 1989; Rehm, 1977).

Em termos metodológicos, têm sido publicados estudos envolvendo monitorização de actividades, planeamento de actividades agradáveis,

modelagem, *shaping*, ensaio comportamental, desempenho figurativo de papéis, *feed-back* e reforço positivo (Fine et al., 1991; Frame, Matson, Sonis, Fialkov & Kazdin, 1982; Epstein & Cullinan, 1986). Quer utilizando estas metodologias isoladamente, quer em pacote terapêutico completo, demonstrou-se a possibilidade de provocar mudanças comportamentais ao nível dos sintomas componentes do núcleo da depressão (exemplificável no atingir uma visível redução no humor depressivo) e ao nível dos comportamentos a ela associados (como seja, por exemplo, ao conseguir um aumento na qualidade e quantidade do comportamento social do depressivo), sendo conclusão geral que estas terapias parecem eficazes para produzir modificações em algumas das manifestações externas e observáveis da depressão infanto-juvenil (Stark, Best & Sellstrom, 1989).

Tal não evitou, no entanto, que sobre elas se abatessem um conjunto de críticas. Uma das grandes objecções colocadas a este tipo de intervenção tem posto em causa o facto de muitos dos comportamento-alvo destas acções terapêuticas, ou não serem específicos à depressão, ou não englobarem todos os seus aspectos. Nos modelos comportamentais está pressuposto que as mudanças efectuadas trarão melhorias noutros dos componentes do distúrbio, ou terão um impacto global sobre ele. No entanto, não foi inequivocamente comprovado que os sintomas covariem e levem à modificação indirecta de outros, teórica ou empiricamente a ele associados (Costello, 1981; Frame, Matson, Sonis, Fialkov & Kazdin, 1982; Stark, Best & Sellstrom, 1989).

Uma outra crítica adveio das orientações mais cognitivas, pondo em causa o tratamento meramente "sintomático" desses comportamentos exteriorizados, sem atender a processos e a conteúdos cognitivos, entendidos como centrais ao problema (Reinecke, 1992).

Em consequência, começaram a implementar-se terapias mais cognitivas que, tal como nos adultos, vieram a mostra-se abordagens cheias de potencialidades para a mudança em jovens depressivos. Apesar das investigações controladas rarearem, têm emergido alguns interessantes resultados, oriundos de meia dúzia de estudos de caso; esses resultados mostram-se especialmente válidos quando envolvem adaptações particulares das técnicas cognitivas aos níveis de desenvolvimento das populações-alvo (Reinecke, 1992).

Dentro destas abordagens, têm-se utilizado métodos e técnicas diversas, umas mais cognitivas e outras cognitivo-comportamentais. Entre os métodos encontram-se o auto-controle, a resolução de problemas sociais, a reestruturação cognitiva, a re-atribuição causal, a identificação de pensamentos negativos automáticos, o reconhecimento, confronto e mudança de crenças irracionais; entre as técnicas mais utilizadas sobressaem as de auto-instrução, de relaxamento e de desempenho de papéis (Reinecke, 1992; Reynolds & Coats, 1986; Stark, Reynolds & Kaslow, 1987c). O ensino da construção de atitudes mais positivas sobre si próprio e sobre o mundo (sobretudo na substituição de atitudes de desânimo, desesperança e percepção de controle por outras mais adequadas) (Wielkiewicz, 1986), o desenvolvimento de um autoconceito mais aceitante e positivo e a centração nas emoções - quer em termos do impacto no comportamento, quer do valor do seu controle e regulação - são, frequentemente, os objectivos e a filosofia subjacentes à mudança terapêutica.

O grosso desta estratégias metodológicas foi desenvolvido para o tratamento dos adultos. Dadas as boas competências verbais que elas implicam e as capacidades e competências a nível cognitivo que exigem,

nem sempre se têm mostrado próprias para usar, sem alterações, com as populações mais jovens e exigem, nos mais pequenos, uma adaptação às suas características desenvolvimentistas. É assim que tem havido tendência a fugir às técnicas verbais mais tradicionais e aos treinos centrados nos conteúdos dos pensamentos (envolvendo raciocínio causal, identificação de crenças distorcidas, disputa racional, geração de hipóteses alternativas). Tem-se procurado utilizar, sempre que a criatividade do terapeuta o possibilita, metodologias mais centradas no não-verbal (desenhos, fantoches), na modelagem e no reforço (Cowan, 1988; Leahy, 1989).¹⁰²

A implementação compartimentada das estratégias referidas foi sofrendo uma evolução nos últimos anos. O aparecimento de perspectivas teóricas mais mistas, defendendo visões cognitivas e comportamentais sobre as problemáticas psicológicas infantis, trouxe óbvias consequências para a prática terapêutica. Os resultados até agora encontrados sugerem que os tratamentos apoiados em múltiplos componentes emocionais, cognitivos e comportamentais, podem ser mais eficazes para o tratamento de níveis suaves ou moderados de depressão, do que acções terapêuticas mais restritas (Frame, Cuddy & Robinson, 1989; Maag, 1988a; Maag & Forness, 1991; Stark, Best & Sellstrom, 1989; Stark, Humphrey, Crook & Lewis, 1990).¹⁰³

¹⁰² Leahy (1989) afirma que só após os 12 anos (e portanto ao aceder ao pensamento operativo formal descrito por Piaget e à capacidade de abstracção do real) está a criança capacitada a realizar disputa de pensamento e de tomar a perspectiva necessária sobre os seus próprios pensamentos e os dos outros. Este acesso à auto-reflexão e ao pensamento recursivo em todas as suas potencialidades é entendido como fulcral para poder ser alvo de terapias cognitivas.

¹⁰³ Matson (1989) apresentou a literatura nesta área com um dos poucos livros dedicados à terapia com crianças e adolescentes depressivos. Revendo a informação existente nos domínios da avaliação, do diagnóstico e dos tratamentos, enfatiza, como mais proeminentes e promissores, os modelos cognitivo-comportamentais, em especial os relativos à aprendizagem social, ao auto-controle, à reformulação atribucional do desânimo aprendido e à teoria cognitiva, defendendo que qualquer um deles, em independência ou em conjunto, podem produzir melhorias no comportamento da depressão nas populações jovens.

As intervenções cognitivas e cognitivo-comportamentais têm sido defendidas como adequadas, não só para uso em contexto de consulta clínica, mas igualmente para utilização em contexto escolar. Dada a raridade destas últimas, aqui se referem duas das publicações sobre intervenções deste tipo, realizadas em ambiente escolar, envolvendo, com eficácia, muitas das técnicas cognitivas e comportamentais acima descritas. Uma das publicações foi assinada por Butler e colaboradores (1980) e centrou-se numa investigação em campo. Veio a sugerir a possibilidade e interesse do uso de estratégias como a reestruturação cognitiva e o ensaio comportamental, ao concluir do melhoramento da depressão auto-avaliada na população jovem tratada; a outra publicação, da autoria de Stark e colegas (1990), apresenta um programa terapêutico bastante alargado e inclusivo e envolve um pacote de técnicas cognitivas e comportamentais (reestruturação cognitiva, treino de auto-controlo, treino de resolução de problemas, treino de re-atribuição causal, planeamento de actividades, treino de competências sociais, treino de assertão, treino de relaxamento e treino de imagética) centrado na criança depressiva. Este programa é coadjuvado por um componente de treino cognitivo e comportamental com pais.

Stark e colaboradores (1987, 1989) são um bom exemplo daquela que me parece ser a perspectiva actualmente mais marcante nas propostas terapêuticas, a qual defende que na etiologia e manutenção da depressão estão em causa, em simultâneo, factores pessoais (estilos e défices cognitivos, auto-estima, formas de coping, etc.) e factores relativos à rede e experiência social (situações de stress, padrões relacionais dos outros significativos para com o sujeito depressivo, etc.) (Billings e Moos, 1985; Kovacs, 1980; Stark, Reynolds & Kaslow, 1987c; Stark, Best & Sellstrom,

1989). Assim, na terapia entende-se a necessidade de aumentar os recursos pessoais e, também, de actuar no contexto social. Este modelo terapêutico, apoiando-se nas estratégias comportamentais e cognitivas, é igualmente símbolo de uma nova perspectiva conceptual, denominada transaccional, que tem vindo a marcar este domínio. Verifica-se que quanto mais recentes são os estudos, mais abrangentes eles são e mais tendem a envolver o grupo social familiar ou escolar na explicação e consequente tratamento da perturbação depressiva.

A valorização do contexto relacional para a resolução deste problema, em particular do grupo familiar na mudança do depressivo (Leahy, 1989) é igualmente patente nas terapias familiares da depressão, partindo (1) da evidência da presença frequente, na história pessoal da criança ou adolescente deprimido ou suicidiário, de pais depressivos ou com algum outro tipo de psicopatologia; (2) da demonstração de relações disfuncionais entre os membros da família; e (3) do pressuposto de que os sintomas depressivos têm um significado e uma função no grupo interaccional em que surgem (Pfeffer, 1987). Dentro deste entendimento, alguns tomaram mão de técnicas sistémicas e estratégicas (prescrição do sintoma, uso do paradoxo), para intervirem e previnirem a depressão e o suicídio (Main & West, 1987).

Já em 1973, Weinberg e colegas afirmavam que "ao educar a família a compreender a natureza da depressão da criança, se pode reduzir a tensão sobre o comportamento desta". Neste modelo, apesar da proposta de envolvimento da família, defendia-se uma posição menos sistémica e mais comportamental, ao pretender atingir o objectivo de levar a família a apoiar, com atenção positiva, compreensão e afecto, a criança/adolescente deprimido, diminuindo a punição e a rejeição. O treino e formação de pais,

quer na área específica da depressão, quer na mais global das práticas educativas facilitadoras, é defendido, por alguns autores, como uma forma incisiva de assegurar um adequado tratamento do problema e uma correcta generalização das mudanças alcançadas (Kazdin, 1990; Weller & Weller, 1984a).

O envolvimento dos pais como co-terapeutas é outra das propostas realizadas, como disso é exemplo o seu uso como modelos, para ensinar aos filhos depressivos, estratégias cognitivas mais adequadas (Leahy, 1989).¹⁰⁴

Para certos autores, a gravidade de algumas das depressões encontradas torna necessário, em certos casos, a complementação com medicação (Pfeffer, 1987). Como já afloramos no capítulo sobre etiologia, as intervenções farmacológicas utilizadas têm abrangido, essencialmente, os antidepressivos tricíclicos, dado parecerem ser os medicamentos mais eficazes no tratamento de crianças depressivas pré-púberes.¹⁰⁵ Outros fármacos usados têm sido os inibidores da monoamino-oxidase e o carbonato de lítium (Weinberg et al., 1973; Weller et al., 1982; Weller & Weller, 1984b). Face aos resultados inconclusivos e aos preocupantes efeitos colaterais (cansaço, secura da boca, náuseas, irregularidades cardiovasculares, ataques epilépticos) o seu uso não é muito frequente, pelo menos em estudos de caso publicados, nem é desejável (Epstein & Cullinan, 1986; Kazdin, 1987a). No entanto, sabe-se que, na prática clínica, mantém

¹⁰⁴ Dentro de modelos mais centrados no auto-conhecimento e na auto-ajuda, Myers e Myers (1982) publicaram um livro dirigido à população de adolescentes em que lhes explicam porque se podem sentir depressivos e o que podem fazer acerca disso. Não havendo estudos sobre o seu impacto e eficácia, fica a dúvida da relevância deste tipo de abordagem.

¹⁰⁵ Na literatura existem relatos mostrando 75% de sucessos terapêuticos (Epstein & Cullinan, 1986; Puig-Antich et al, 1979; Puig-Antich & Gittelman, 1982).

um lugar de relativo relevo dentro da terapia da depressão infanto-juvenil, apesar de todas as implicações éticas e dificuldades que provocam e da imprecisa confirmação de eficácia a que têm dado acesso.

Existe também alguma evidência do possível sucesso de técnicas de privação do sono (como terapia isolada ou acompanhada de terapia farmacológica), em crianças gravemente depressivas. King e alguns colegas (1987) apresentam um estudo de caso, com alterações positivas e dramáticas imediatas, que sugere algum sucesso terapêutico; no entanto, o trabalho coloca algumas dúvidas metodológicas e conceptuais quanto às razões dessas mudanças, o que não permite conclusões seguras.

A abertura de fronteiras entre as técnicas comportamentais e cognitivas e o reconhecimento do valor do envolvimento dos sistemas sociais que rodeiam o jovem depressivo, aliados ao facto do distúrbio ter múltiplas origens e implicações, levou a que muitos dos modelos mais recentes tenham vindo a propôr intervenções multifacetadas, envolvendo um vasto conjunto de abordagens terapêuticas, de contextos relacionais e ambientais e de domínios sintomáticos (Kazdin, 1987b, 1989a). O modelo multimodal é disso um interessante exemplo (Petti, 1983).

Pensar em termos integrativos (e, consequentemente, alargar as possibilidades de escolha em termos de técnicas e estratégias), desencadeou a necessidade de conseguir discriminar qual o formato metodológico mais adequado, a que tipo de problema e sujeito. Esser e colegas (1990) pretenderam dar resposta a esta necessidade e, para isso, postularam um conjunto de propostas tendentes a discriminar a escolha da metodologia, de acordo com as características do problema e do sujeito. Assim, em consonância com o grau de gravidade avaliado e com as particularidades e características do sujeito e da sua sintomatologia, defendem que se atenda,

aquando da escolha das abordagens terapêuticas (1) à maior ou menor urgência do caso (por exemplo definir a frequência e o tipo de intervenção, tendo em conta a presença ou ausência de ideação ou tentativa de suicídio ou o grau de limitação social vivida pelo sujeito); (2) às características da criança (por exemplo utilizar técnicas mais comportamentais se a criança é mais nova e mais cognitivas se for púbere ou pós-púbere); (3) aos sujeitos envolvidos no processo (realizar uma terapia de cariz mais individual se se tratar, por exemplo, de um adolescente renitente, negando-se a estar em terapia com o resto da família ou, pelo contrário, intervir em grupo, junto da criança e do seu grupo familiar, se as ramificações sintomatológicas são muito marcadas no seio da família ou associadas a abuso parental).

Na sequência desta abertura aos sistemas relacionais do jovem deprimido, veio a surgir, com relevo, o envolvimento da escola, no processo terapêutico da depressão infanto-juvenil. A escola tem assim vindo a ser cada vez mais referenciada como local, por excelência, para lidar com os jovens depressivos, quer em termos da sua detecção e avaliação inicial (Doménech & Polaino-Lorente, 1990), quer de inclusão de professores e colegas nas acções clínicas (Maag & Forness, 1991), quer ainda para o desenvolvimento de programas preventivos (Petersen et al., 1993).

Estes últimos programas só começaram a surgir nos últimos 5 anos. Em consequência, as publicações sobre intervenção precoce (programas para jovens afectados por riscos identificáveis) e sobre prevenção da depressão infanto-juvenil (programas destinados à população, em geral) são praticamente inexistentes (Petersen et al., 1988b, 1991, 1993). A preocupação e empenho em reduzir o número de casos de depressão, quer nas crianças, quer no adolescente, já surgiu pela mão de

dois autores espanhóis (Doménech e Polaino-Lorente, 1990), os quais têm vindo a sublinhar a importância da escola como "o contexto social, por excelência" para realizar o despiste precoce da depressão nos mais novos. Em simultâneo, atribuem aos professores um grande potencial para apoiarem neste processo (Doménech & Polaino-Lorente, 1990).

2030 Sendo a escola uma das esferas mais importantes da vida da criança, é fundamental que ela seja envolvida nas acções destinadas a evitar o aparecimento dos problemas que interferem com o processo educativo, como é o caso da depressão. Dado que muitos dos comportamentos associados à depressão nos mais jovens podem ter impacto, repetimos, na experiência escolar (levando a problemas de rendimento, impossibilidade de concentração, auto-verbalizações negativas sobre si próprio e sobre as suas capacidades, mostras visíveis de tristeza, desmotivação, desinteresse, choro frequente ou isolamento social), será importante preparar os profissionais da educação para o reconhecimento dos sinais de depressão.¹⁰⁶ O psicólogo escolar estará em posição estratégica para observar os indicadores da depressão nos estudantes e ensinar os outros agentes educativos a detectarem-nos,¹⁰⁷ tanto mais que a detecção precoce parece ser uma variável importante a afectar o prognóstico (McNew et al., 1983).

Nos projectos de prevenção e de detecção precoce, a par da família, da escola e dos seus agentes, deve atender-se ao envolvimento e preparação dos profissionais de saúde para que reconheçam esta

¹⁰⁶ A questão das escolas deverem ou não preocupar-se com o desenvolvimento e estatuto ou estado emocional do jovem é básica para a temática do despiste, prevenção e tratamento da depressão no contexto escolar. A resposta a esta dúvida enraiza-se na determinação da natureza da educação (Lasko, 1986) e será retomada mais à frente.

¹⁰⁷ Wielkiewicz (1986) lança uma proposta simples para facilitar este processo de identificação, definindo como sinais discriminantes (1) as ideias suicidas; (2) uma baixa na auto-estima; e (3) problemas nas relações sociais.

problemática e os seus sinais de risco.

Os dados existentes sobre depressão infanto-juvenil, descritos neste e noutros trabalhos devem, por conseguinte, alertar-nos para a necessidade de intervir junto das populações jovens, quer essa acção decorra (1) em formatos mais grupais, junto de crianças e adolescentes em risco de perturbação emocional; (2) junto de sujeitos já manifestando depressão (levando então a cabo intervenções de tratamento cognitivo-comportamental, remediativas e mais individualizadas, ou acções clínicas mais sistémicas, envolvendo o sistema familiar), (3) em amostras mais alargadas, envolvendo populações escolares e adultos significativos (não só os jovens estudantes, mas igualmente os seus professores e os seus pais) e preparando-os a todos para enfrentarem, com um maior equilíbrio, as dificuldades das suas relações e da sua vida, em geral.

O ensino de atitudes educativas promotoras de ajustamento socio-emocional, junto dos educadores - professores e pais - e a intervenção em situações consideradas de risco, podem ser conducentes a este último objectivo, não numa perspectiva de "clinicização" da educação, mas de implementação de intervenções educacionais e terapêuticas, eficazes e holísticas, mediadas pela escola e pela família.

CAPÍTULO 2

DEPRESSÃO INFANTO-JUVENIL E OUTROS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS E PSIQUIÁTRICOS

A coexistência, associação e covariação de sintomas, síndromas e distúrbios depressivos com outro tipo de problemas e entidades psicológicas e psicopatológicas, tem sido um aspecto bastante presente na investigação da depressão nas idades mais jovens. Estas relações têm sido abordadas a dois níveis.

A um primeiro nível, os estudos têm incidido sobre a **presença simultânea da depressão e de certo tipo de variáveis, comportamentos ou acontecimentos de vida** - muitas vezes perspectivados como factores de risco, outras vezes enquadrados como variáveis consequentes à depressão - e têm alargado a compreensão do fenómeno e trazido dados empíricos sobre as suas possíveis etiologias e sequelas. Encontramos investigações visando a ligação da depressão, entre outras variáveis, com o suicídio, o fraco rendimento escolar, a hospitalização, a auto-estima baixa, o *stress*, as perturbações cognitivas, os meios familiares perturbados e as relações sociais insuficientes, insatisfatórias ou inadequadas (e.g. Asarnow et al., 1987; Cole et al., 1990; Field et al., 1990; Kandel & Davies, 1986; Kaplan, Busner, Weinhold & Lenon, 1987; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; Ney, Colbert, Newman & Young, 1986; Pfeffer, 1987; Petti, 1983; Puig-Antich et al., 1985; Stark, Best & Sellstrom, 1990; Vicenzi, 1987).

Dado não estar esclarecida a polémica relativa ao núcleo central que define e descreve a depressão, nestas idades, alguns dos

comportamentos analisados nestas associações (como o baixo rendimento escolar ou o isolamento social) têm, por vezes, sido encarados como fazendo parte da sua sintomatologia (Weinberg et al., 1973); em simultâneo, dado que não são conhecidas, sem sombra de dúvida, a natureza e etiologia desta entidade clínica, os mesmos factores são, confusamente, vistos por uns autores como desencadeadores da depressão e por outros como o seu resultado.

Esta última dificuldade coloca-nos no dilema de optar por considerar alguns destes fenómenos como concomitantes ao síndrome, mantendo uma perspectiva de isomorfismo em relação aos adultos, ou de os entender como aspectos essenciais e típicos da definição e descrição da depressão nos mais novos (Cantwell, 1983). Face ao não esclarecimento actual desta questão, optámos por seguir a posição da maior parte da comunidade científica e preferimos aqui encarar estes factores como associados e não como centrais à depressão infanto-juvenil.

A um segundo nível, a coexistência tem sido estudada noutra perspectiva: a da **presença simultânea da depressão e de outros distúrbios psiquiátricos**, quer a depressão se apresente enquanto humor disfórico, enquanto síndrome, ou na totalidade da sua gravidade clínica (Kazdin, 1987a).

Entre os distúrbios que têm surgido associados à depressão, podemos encontrar distúrbios de ansiedade, distúrbios de défices de atenção com hiperactividade, distúrbios de conduta, distúrbios de personalidade, esquizofrenia ou atraso mental (e.g. Anderson et al., 1987; Asarnow & Ben-Meir, 1988; Bernestein & Garfinkel, 1986; Kovacs et al., 1988; Maag & Forness, 1991; Strauss et al., 1988).

O reconhecimento destas associações levou ao desenvolvimento

do conceito de *comorbidade* (do inglês *comorbity*), definido como "o facto de um sujeito singular apresentar sintomas que o permitem classificar, em simultâneo, com mais do que um distúrbio clínico psicológico" (Kazdin, 1990, p. 135).

As dificuldades inerentes a esta coexistência, quer a nível da classificação e de diagnóstico diferencial do problema, quer a nível das implicações terapêuticas, alastraram, como anteriormente vimos, à própria conceptualização da depressão, pondo em causa, não só a sua existência autónoma, como a especificidade da sua sintomatologia e a possibilidade da sua detecção (Carlson & Cantwell, 1979). Está em jogo, dum lado, uma explicação teórica justificativa da ocorrência simultânea de certos comportamentos e diagnósticos e, do outro lado, a premência clínica de diagnósticos diferenciais.

A necessidade de separar processos psicopatológicos que se relacionam e entrelaçam, ou mesmo se sobrepõem, é característica da visão médico-psiquiátrica dos fenómenos clínicos; para a qual é muito importante distinguir, de forma clara e estrita, os vários quadros classificativos. Se, como vimos, a utilidade prática desta diferenciação é discutível (Clarizio, 1989), uma perspectiva psicológica pode achar valiosos os estudos conducentes a tal individualização, já que, ao realizarem análises diferenciais, eles trazem luz sobre os aspectos particulares que caracterizam as entidades em análise, esclarecendo cada uma delas de forma mais aprofundada e, espera-se, mais objectiva.

Os dados existentes sobre estes dois níveis de associação serão resumidamente revistos em seguida. Deve o leitor ter em conta, ao lê-los, que o propósito deste capítulo é estabelecer um panorama geral e alargado

das relações entre a depressão e outros problemas psicológicos e psiquiátricos que têm desencadeado estudos mais ou menos escalrecedores e teorizações mais ou menos explicativas da relação em jogo. Não é, portanto, intenção desta secção apresentar uma revisão exaustiva nem desses estudos, nem dessas teorias, que se têm mostrado multifacetados e complexos e sugeririam, por si só, um longo trabalho de reflexão e descrição, mas sim apontar aqueles, mais conhecidos e, no nosso ponto de vista, mais relevantes, que se centraram na sua ligação com a depressão nos níveis etários pré-adultos.

1. Depressão infanto-juvenil e constructos psicológicos a que surge associada: factores de vulnerabilidade, de protecção, mediadores e sequelas

O estudo dos factores de risco e das variáveis protectoras, quer em termos de características individuais, quer de recursos externos tem impregnado, nos últimos anos, a literatura da psicopatologia infanto-juvenil.¹⁰⁸ No caso específico da sua relação com os distúrbios emocionais, tem originado uma literatura relativamente vasta, se bem que nem sempre harmoniosa (Lewis, Dlugokinski, Caputo & Griffin, 1988).

Dado o reconhecimento recente da necessidade em explorar, não só o que é eventualmente patologizante, mas igualmente o que minimiza o impacto do risco, foram estudados os potenciais acontecimentos, situações

¹⁰⁸ O conceito de risco é aqui entendido, não como uma propriedade intrínseca do indivíduo, mas sim, tal como na perspectiva de Sameroff (1977), como uma transacção entre o sujeito e o meio ambiente. O conceito de protecção ou invulnerabilidade adopta aqui a perspectiva defendida por Rutter (1979) e possui o significado de desenvolvimento de capacidades especiais conducentes ao ajustamento adequado, face a condições sociais ou físicas profundamente desvantajosas.

ou incompetências, que colocam as crianças em risco e, igualmente, as características das crianças que não surgem afectadas pelos factores considerados críticos e os recursos existentes no seu ambiente social e físico. A invulnerabilidade, ou melhor, a capacidade de enfrentar e lidar adequadamente com os factores de possível risco, tem surgido associada ao número, tipo e extensão temporal de experiências difíceis, ao apoio social, às competências de *coping*, à compreensão e interpretação dos acontecimentos vividos e às variáveis de temperamento (Soufre & Rutter, 1984).

A visão de determinismo múltiplo, quer relativa aos riscos, quer às invulnerabilidades (vectores que não podem ser vistos como ortogonais), tem ultimamente sido defendida como forma de ultrapassar as limitações e simplismos metodológicos e teóricos vigentes (Seifer & Sameroff, 1987). Acompanhando esta evolução, surgiu também uma explicação pressupondo a interacção entre os factores de risco internos e externos vulnerabilizadores e as situações ou acontecimentos precipitantes (Esser et al., 1990).

No caso particular das crianças e adolescentes, foi-se percebendo, a pouco e pouco, que só uma perspectiva de interaccionismo recíproco entre os múltiplos riscos, os factores protectivos e o desenvolvimento, poderia trazer as respostas desejadas e perceber a complexidade dos fenómenos em estudo (e. g. Marujo, 1992).

Como forma de dar uma perspectiva mais estruturada e compreensiva do problema, foi proposta a centração em três dimensões: a dos factores baseados na criança, a dos factores baseados na família nuclear e a dos factores sociais e ambientais alargados (Lewis, Dlugokinski, Caputo, & Griffin, 1988). Seguiremos, na sequência descritiva deste ponto,

estas categorias.

Após as competências sociais (isolamento, asserção e agressividade), os défices e distorções cognitivas (estilos atribucionais, percepções negativas de si, do mundo e dos outros e os seus efeitos na forma de encarar o mundo e as tarefas) e o suicídio, entendidos como **próprios ao sujeito**, serão abordados factores característicos da **família nuclear** (morte de um progenitor, perda por divórcio, psicopatologia parental e grau de apoio social), bem como factores ligados ao **sistema ambiental e social mais lato** (mudança de escola, falta de apoio social).

A direcção de causalidade entre os referidos factores e a depressão, tem por diversas vezes sido alvo de discussões científicas, mas poucas vezes tem sido objecto de esclarecimento empírico. As dificuldades colocadas pelas metodologias estatísticas e de pesquisa de que actualmente dispomos não permitiram ainda deixar claro se as relações entre as variáveis em jogo são unidireccionais - e nesse caso, qual o seu ponto de partida e de chegada - ou se são bidireccionais e recíprocas. Esta questão será retomada, em toda a sua importância, nos pontos que se seguem.

1.1. Depressão e competências sociais

Há várias décadas que a literatura abarca defensores de uma relação teórica importante entre a depressão e as aptidões sociais (Cole, Lazarick & Howard, 1987; Hsu, Hailey & Range, 1987; Petti, 1983; Strauss et al., 1986). Os estudiosos têm tentado perceber e comprovar alegadas diferenciações a nível do comportamento social entre os sujeitos depressivos e aqueles que o não são (Olinger, Shaw & Kuiper, 1987), entre os isolados

depressivos e os isolados não depressivos (Hsu, Hailey & Range, 1987), entre os agressivos depressivos e os agressivos não depressivos (Ney, Colbert, Newman & Young, 1986) e entre os depressivos rejeitados, isolados ou negligenciados (Fincham & Cain, 1986).¹⁰⁹

Ainda que, de novo, a quase totalidade das publicações relativas a esta temática envolva populações de adultos como alvo das suas conceptualizações e pesquisas, têm surgido alguns estudos com crianças e adolescentes, procurando testar as teorizações e dados sugeridos junto dos mais velhos (Puig-Antich et al., 1985).

Nessas conceptualizações, já atrás apresentadas (Capítulo 1, ponto 3) e que pretendem, através de enquadramentos etiológicos, explicar a associação entre os dois fenómenos, os modelos comportamentais e interaccionais da depressão sublinham, quer a importância dos défices em competências sociais na etiologia e manutenção da depressão (Lasko, 1986; Lewinson & Hoberman, 1982; Strauss, Forehand, Frame & Smith, 1984), quer a possibilidade da depressão provocar as já confirmadas inadequações sociais (Pettersson, 1987). Exploram ainda uma terceira perspectiva, com menos defensores e aparentemente mais complexa, a qual postula a existência de um factor ou grupo de factores que medeia ou subjaz, em simultâneo, quer ao aparecimento da depressão, quer das dificuldades relacionais (Puig-Antich et al., 1985).

As três anteriores hipóteses não são consideradas, necessariamente, como mutuamente exclusivas, havendo a possibilidade

¹⁰⁹ O conceito de isolamento social é controverso. Tem sido definido de duas formas: (1) na base da baixa frequência de interações com pares e (2) na base dos baixos níveis de aceitação e elevados níveis de rejeição da parte dos pares. Para alguns, este segundo tipo de isolamento não deverá ser chamado isolamento social, já que não resulta do afastamento actuado pela própria criança, mas sim do afastamento provocado pelos outros (Petit, 1983). Por vezes, os formatos metodológicos têm conseguido distinguir entre os dois tipos de isolamento, mas mais frequentemente eles encontram-se indiscriminados, tanto mais que as crianças que "voluntariamente" se afastam dos colegas, acabam por ser menos apreciados por estes e, eventualmente, rejeitados (Strauss et al., 1986).

delas poderem explicar melhor, em concorrência, a complexidade deste fenómeno associativo (Puig-Antich et al., 1985).

As pesquisas centradas no estudo da relação existente entre sintomas depressivos pré-adultos e comportamento social, têm patenteado uma relação estatística modesta entre os dois constructos e não conseguiram, até ao momento, esclarecer o tão cobiçado sentido de causalidade, apesar de virem trazendo, nos últimos anos, conclusões progressivamente mais consonantes.¹¹⁰

O crescendo de dados relativos à importância da relação com os pares no processo de desenvolvimento normal, em muito foi contribuindo para o interesse no estudo das crianças socialmente desintegradas ou relacionalmente deficitárias, tanto mais quanto foi sendo reconhecido que estas podiam estar em risco para desajustamentos presentes e futuros¹¹¹ (Rubin, 1985). A capacidade de fazer amigos e de desenvolver relações positivas com colegas durante a infância (precedidas por relações familiares afectuosas) mostravam ser uma importante base para o desenvolvimento de competências sociais, sendo estas um factor protector importante para diminuir o risco de psicopatologia (Goodyer, Wright & Altman, 1990; Harter, 1983). As poucas pesquisas realizadas com grupos clínicos infantis atestavam igualmente o potencial valor de prognóstico dos problemas de ajustamento com colegas, ao sugerirem que as relações sociais inadequadas eram boas preditoras das disfunções psicológicas mais

¹¹⁰ Segundo Puig-Antich e colegas (1985b), face à indiscutível importância da aprendizagem social (concretizada nas relações familiares e com pares) para o desenvolvimento de interações sociais adequadas, a questão da causalidade deverá ser respondida com estudos prospectivos, centrados nessas relações, quer com crianças depressivas, quer com crianças em risco de o serem.

¹¹¹ Por exemplo, já em 1977, Rutter e colegas verificavam que a descrição "os outros não gostam muito dele", feita em relação a uma criança, era um dos melhores preditores de presença de perturbação psiquiátrica, sendo um bom indicador de problemas actuais e de dificuldades futuras.

graves (Asarnow, 1988).

Actualmente, existe um corpo de dados empíricos sugerindo que as crianças depressivas têm défices em competências sociais e experimentam rejeição social (Asarnow, 1988).

Um estudo de Peterson e colegas, publicado em 1985, é um dos que apoia estas afirmações, ao demonstrar que as crianças depressivas, quando comparadas com as "normais", são percebidas pelas outras crianças como menos atractivas e como tendo menos possibilidades de serem alvo de afecto e emoções positivas. Ainda que o estudo se baseie em estímulos provenientes de gravações em vídeo e não na observação real de crianças depressivas, as conclusões extraídas são sugestivas.

Também Lefkowitz e Tessiny (1980) concluíram do menor grau de popularidade e maior incompetência social das crianças depressivas, quando comparadas com as não depressivas e Kazdin e colegas (1985) verificaram que as crianças internadas em unidades hospitalares de psiquiatria, quando portadoras de um diagnóstico de Depressão Maior, interagem menos e exprimiam menos afecto.

As conclusões de um estudo realizado há alguns anos em Portugal, vieram no sentido de apoiar esta relação, dado que os sujeitos que apresentavam mais sintomas depressivos, tendiam a ter maiores défices em aptidões sociais (Baptista et al., 1990).¹¹²

Rubin (1985) descreve como as crianças com isolamento social, não referidas para apoio clínico, se auto-avaliam com elevados níveis de

¹¹² Este estudo apresentava, segundo os autores, alguns limites, em particular, o de não ter uma amostra de depressivos comprovada clinicamente (Baptista et al., 1990).

depressão e outros autores demonstram a negligência e rejeição a que são votadas crianças com reacções depressivas e ansiosas (Asarnow, 1988), dando peso às perspectivas do impacto negativo deste tipo de sintomatologia no meio social que rodeia o sujeito.

Várias têm sido as tentativas para delinear o perfil relacional específico das crianças depressivas e o consenso nem sempre reina. Diversos estudos, citados em Altmann e Gotlib, (1988), apontam para o facto das crianças depressivas poderem demonstrar défices em competências de resolução de problemas, terem deficiências em competências sociais semelhantes às encontradas nos adultos depressivos (disconforto nas interações sociais, baixos níveis de envolvimento interpessoal, isolamento, ausência de laços sociais fortes), apresentarem um autoconceito social mais depreciativo e serem percebidas pelos colegas de forma mais negativa e rejeitante. Estão aqui envolvidos três importantes domínios: o do comportamento interactivo real desempenhado pela criança, o das autopercepções sobre o seu próprio funcionamento social e o das heteropercepções desse funcionamento, tal como conceptualizado por pares e adultos, que contactam com a criança.

Puig-Antich e colegas (1985a) publicaram o primeiro estudo controlado sobre as relações psicossociais de crianças pré-púberes com Distúrbio de Depressão Maior, avaliando os seus comportamentos durante o episódio. Apesar das crianças de todos os grupos psiquiátricos envolvidos apresentarem inadequações sociais de natureza e grau semelhante, as crianças com diagnóstico de Depressão Maior demonstravam, comparativamente com os outros grupos clínicos, uma incapacitação mais marcada nos domínios da comunicação verbal e afectiva com os pais, em

especial com as mães (envolvendo fraca comunicação, falta de calor e elevado nível de irritabilidade, tensão e hostilidade) e com os irmãos. A duração do episódio encontrava-se positivamente correlacionada com o grau de incapacitação nas relações sociais com colegas (Puig-Antich et al., 1985b).

Dado que não havia diferenças significativas face aos grupos "normais", nas relações entre pais e filhos, os autores levantam a hipótese de que os défices apontados sejam devidos ao próprio comportamento do sujeito depressivo (humor, capacidade de *coping*, etc.).

É interessante notar, dentro desta mesma linha, que os deprimidos parecem perceber as outras pessoas como menos amigas e relatam mais frequentemente querer estar sós, em especial quando em casa, junto das suas famílias, passando mais tempo nos seus quartos e menos tempo em locais públicos (Larson et al., 1990). Neste estudo de Larson, foi ainda possível perceber que os rapazes tendem a passar menos tempos com amigos, em especial do mesmo sexo, sugerindo que o isolamento social pode ser uma situação mais associada com a depressão nos rapazes.

O trabalho de Altmann e Gotlib (1988), já referido, veio ao encontro de algumas conclusões esperadas: que existe diferenciação no comportamento relacional observável das crianças depressivas e das não depressivas (mais tempo de isolamento, maior negativismo e agressividade aquando das interações), bem como nas autopercepções de umas e outras (autodescrição de menos competência ao nível do autoconceito, ao nível social, bem como a outros níveis).¹¹³ A ligação entre a resolução de

¹¹³ Curiosamente, as autopercepções sobre a qualidade das suas relações com colegas, parecem não diferir entre crianças depressivas internadas em psiquiatria e crianças não depressivas (Asarnow et al. 1987), mas a pouca investigação sobre este facto e alguns dados não

problemas sociais e a depressão, já atrás referida, parece poder vir a ter efeito na forma como o depressivo se comporta relacionalmente, sendo importante explorar os défices particulares a este nível (Sacco & Graves, 1984).

As dificuldades na auto-monitorização, as expectativas negativas quanto às interações sociais e ao seu próprio desempenho nelas, a maior exigência e auto-crítica e a possível quantidade de reforço inferior proveniente do meio social, todos poderão contribuir para desadequações no funcionamento (Kaslow et al., 1984; Kovacs, 1989).

Walker (1981) especula sobre a existência de uma deficiência nas crianças depressivas, reproduzindo o já sugerido para os adultos, que as impede de reconhecerem adequadamente as emoções. Essa deficiência, concretizada no facto delas classificarem como negativas emoções que eram positivas ou neutras, interpretando, assim, os sinais emocionais não verbais, com um enviesamento negativo, poderá reduzir a percepção de predictabilidade das interações sociais. É colocada a hipótese de que a criança perca importantes informações sobre o processo interactivo, levando a respostas sociais inapropriadas ou não reforçadas e a um consequente aumento no isolamento social (Walker, 1981).¹¹⁴

Se, como vimos, alguma da literatura específica defende que a impopularidade e o baixo nível de interação social poderão encontrar-se entre os melhores preditores deste distúrbio nas crianças, tendendo ele a

consonantes provenientes de outros estudos (Altmann & Gotlib, 1988), põem em dúvida a generalização das conclusões.

¹¹⁴ As emoções estão intimamente ligadas com as relações sociais (Kokot, 1989), sendo que a avaliação das razões que podem levar aos problemas de comportamento de uma criança, em particular à depressão, podem ser percebidas investigando a natureza e a experiência das emoções que por ela são vividas em áreas relacionais básicas (Kokot, 1989).

apresentar correlações elevadas com a ausência de popularidade; a rejeição e o isolamento social"¹¹⁵ (Lefkowitz & Tessiny, 1980, 1982b; Altmann & Gotlib, 1988), outra tem ido para além dos aspectos descritivos e colocado questões de causalidade ou temporalidade das relações encontradas (Coyne, 1976a). Infelizmente, as conclusões são pouco claras, não sendo possível extrair uma lei para a compreensão total do fenómeno: não sabemos ainda se as crianças deficitárias em competências sociais se tornam depressivas pela ausência de interacção, ou se as crianças com depressão têm insucesso na demonstração dessas competências.

Se a resposta a esta questão pode ter importantes implicações terapêuticas para o decorrer do processo clínico de mudança, o próprio decurso do desempenho social, antes do aparecimento e após o desaparecimento da sintomatologia, necessitará ser bem conhecido, pelas consequências adaptativas e de recuperação que poderá vir a ter para o sujeito.

Afirmando a hipótese de que a incompetência social é um consequente da depressão, alguma da investigação relativa ao desajustamento social de crianças e jovens com Distúrbio de Depressão Maior tem vindo a indicar que estas crianças podem demonstrar um elevado nível de desajustamento durante o episódio depressivo, bem como após o desaparecimento dos sintomas (Puig-Antich et al., 1988a,b). Em simultâneo, outros autores verificam que as crianças com este diagnóstico

¹¹⁵ O conceito de isolamento social tem sido encarado como não unitário, dado que pode envolver isolamento social e isolamento emocional. Estes são definidos, respectivamente, como "ausência de de relações de integração social e de envolvimento na rede social" e "ausência de vinculações emocionais próximas e intensas" (Hsu et al., 1987). Segundo estes autores, os depressivos terão um isolamento social do segundo tipo e atribuirão o seu isolamento a características internas e próprias (aparência física, medo de ser rejeitado...). Quanto aos sujeitos isolados não depressivos tenderão a ter um isolamento social do primeiro tipo, atribuindo o seu problema a factores situacionais (Hsu et al., 1987). As implicações terapêuticas desta distinção poderão ser interessantes.

tendem a ter tido bons ajustamentos contextuais prévios ao aparecimento do distúrbio (Asarnow & Ben-Meir, 1988). Assim sendo, os autores colocam a hipótese que as incompetências surjam com o aparecimento da depressão e que o tempo de recuperação necessário para estas crianças voltarem aos anteriores níveis (satisfatórios) de ajustamento e competência social seja, provavelmente, bastante elevado (Asarnow & Ben-Meir, 1988). Estes são, contudo, apenas alguns exemplos de um apoio empírico ainda pouco sólido.

Apesar da depressão aparecer mais frequentemente relacionada com o isolamento social (não só dada a associação comum entre os dois fenómenos nos adultos, mas igualmente face ao carácter mais interiorizado e passivo de ambas), têm existido alguns estudos relacionando a agressividade e a asserção com os comportamentos e diagnóstico de depressão (Ney, Colbert, Newman & Young, 1986). Tal contraria a perspectiva psicanalítica, que defende que na depressão a hostilidade é reprimida e virada para dentro do próprio sujeito (Raskin, 1977).

Esta relação estreita foi já discutida por diversos investigadores, tendo alguns conseguido demonstrar uma elevada incidência de agressão nas crianças depressivas. Para Cytryn e Mcknew (1972), por exemplo, o comportamento agressivo é um sintoma mascarado da depressão nas crianças, sendo a agressividade uma forma da criança reagir aos seus conflitos e sofrimentos e dar voz ao seu sentir doloroso (Ney, Colbert, Newman & Young, 1986).

O surgimento de comportamentos de agressão na interacção das crianças depressivas com os seus colegas ou adultos pode também ser visto como uma explicação para a rejeição vivenciada por estes sujeitos. Isto não significa que este complexo comportamental "rejeição-agressividade" não

seja consequência da rejeição de que esta criança parece ser alvo, por parte de si própria, dos seus colegas e dos adultos.¹¹⁶

A asserção (definida aqui como a capacidade de defender os seus desejos e direitos, sem interferir com os dos outros) tem sido a outra vertente relacional explorada junto dos depressivos. Olinger e colegas (1987) verificaram que, nos adultos, os défices de asserção, especialmente os concretizados em comportamentos de agressão, aumentavam em paralelo com o aumento da depressão e colocaram a hipótese de que as crenças ou atitudes cognitivas disfuncionais possam representar o elo de ligação comum entre as dificuldades assertivas e os comportamentos depressivos. Para estes autores, existem semelhanças entre as cognições irracionais, tal como descritas por Beck e colegas (1979) e a ausência de comportamentos assertivos, em particular a procura excessiva de aprovação e de perfeccionismo. Crêem ainda que os sujeitos não assertivos, ao não conseguirem expressar opiniões sobre aspectos de conflito potencial - ou ao fazerem-no de forma ineficaz - experienciam desconforto subjectivo quando tentam comportar-se assertivamente. Assim sendo, este tipo de limitações relacionais poderá provocar ou contribuir para manter os episódios depressivos (Beck et al., 1979).

Curiosamente, há uma outra teoria sobre as ligações da asserção com a depressão, mas desta feita, elaborada para explicar a presença de comportamentos de asserção nos adolescentes depressivos. Contrariamente ao que se tem verificado junto da população de adultos, os adolescentes depressivos parecem tender a ter elevados níveis de comportamentos assertivos. A ligação entre depressão e asserção foi posta a descoberto por

¹¹⁶ A agressão é uma das formas possíveis da não asserção, sendo a outra a passividade.

um estudo de Teri (1982a), que verificou uma associação positiva entre as duas entidades numa população de adolescentes. A explicação avançada para estes dados vai no sentido dos seus comportamentos assertivos serem interpretados como uma forma de agressão e rebeldia, levando à não aceitação social, ou mesmo à punição, face a este tipo de comportamentos nestas idades e provocando que o jovem sujeito, em consequência, se sinta rejeitado, "não amado" e depressivo.

A não linearidade, nem consonância, emanadas de alguns dos resultados dos estudos, no domínio da relação entre depressão e funcionamento social, em particular o facto de certas crianças e adolescentes depressivos tenderem a mostrar comportamentos sociais mais passivos e outros evidenciarem reações sociais mais agressivas ou assertivas, levou alguns autores a explorarem empiricamente possíveis variáveis discriminativas.

Por exemplo, Asarnow (1988) verificou, numa pesquisa com crianças internadas em instituições de saúde mental, que a presença simultânea de diagnóstico de distúrbio depressivo e de distúrbio de tipo exteriorizado, se associava a uma menor competência social, a maior rejeição e a menos agrado por parte das outras crianças igualmente internadas.¹¹⁷

Segundo Asarnow (1988), as crianças que possuem ambos os diagnósticos, quando estudadas em meios institucionais de internamento

¹¹⁷ Com efeito, como veremos mais à frente, as crianças depressivas, que, em simultâneo possuem distúrbios de tipo exteriorizado (como o ADHD ou o distúrbio de Conduta) parecem correr mais riscos na perpetuação dos seus problemas e na desintegração social, dados os seus poucos atractivos e as suas grandes incompetências sociais (pouco contacto ocular, discurso lento, falta de iniciativa, pessimismo e pouca energia) (Costello, 1986).

psiquiátrico, aparecem como as mais rejeitadas e as que menos agrado estimulam nos seus colegas, igualmente internados.

Ney e colaboradores (1986) defendem que as crianças depressivas que mostram isolamento serão aquelas que estão mais gravemente deprimidas, ou aquelas que tiveram experiências de vida suficientemente boas que lhes tenham feito acreditar que alguém responderá ao seu sofrimento, mesmo que elas não se esforcem nem chamem à atenção. Quanto à depressão de tipo agressivo, ela resultará de um esforço que a criança faz para sobreviver à sua dor, após uma experiência de perda, mantendo, desesperadamente, o contacto pessoal (Ney, Colbert, Newman & Young, 1986).

Os dados referidos neste ponto permitem-nos extrair e sublinhar as seguintes conclusões:

(1) não podemos prever, com segurança, o tipo de comportamento social que caracteriza ou caracterizará uma criança depressiva, dadas as disparidades e possibilidades diversas até agora encontradas; no entanto, podemos afirmar que, de uma forma geral, quer a causa esteja no comportamento do depressivo, quer no dos outros que lhe reagem, quer na interação entre ambos os comportamentos e respectivas expectativas e percepções, essas crianças tendem a ter uma relação social deficitária com o seu meio;

(2) os padrões de interação que se estabelecem entre as crianças depressivas e as outras, qualquer que seja o seu estatuto e o tipo de comportamento prévio ao episódio depressivo, tendem a ser viciosas e circulares: a rejeição de que são alvo, seja por se isolarem ou por serem agressivas ou assertivas (comportamento que, como vimos, pode ser

interpretado, também, como uma expressão de agressão), trará um aumento de interações negativas, menos incentivo para emitir comportamentos pró-sociais e, conseqüentemente, menos reforço positivo contingente; o resultado serão níveis mais elevados de depressão;

(3) um possível auxiliar futuro para a compreensão da ligação entre a depressão e as relações sociais nestas populações jovens pode vir a ser a descoberta de tipologias (depressão com isolamento, depressão com agressividade) e a associação do problema com outras disfunções psicológicas mais ou menos exteriorizadas (depressão com desordens de conduta, depressão com ansiedade);

(4) será necessário explorar a possibilidade dos depressivos terem défices sociais específicos (dependentes dos seus esquemas de *self*, dos seus papéis sociais e das contingências inerentes à reacção vinda do seu meio ao seu comportamento depressivo), nomeadamente com implicações ao nível da reciprocidade das interações e na interpretação dos sinais relacionais e na antecipação da consequência das suas acções nos outros (Dance & Kruiper, 1987; Kovacs, 1989)

(5) no futuro será essencial discriminar entre incompetências sociais observáveis destas crianças, percepção que os outros significativos têm dela e auto-percepção que a criança tem da integração no grupo de colegas/amigos e na família; é possível que cada uma afecte de forma bastante diferente a forma como o jovem deprimido vive a sua experiência relacional e como os outros, em sequência, lhe reagem (Vosk, Forehand & Figueroa, 1983). Há que ter presente que o grau de sucesso social (ou a perpetuação da desadaptação) depende de factores intrínsecos ao processo e ao sujeito (competências sociais, auto-percepção, sexo, idade) e extrínsecos, relativos ao contexto social mais geral (hetero-imagem, forma de interacção

social, aceitação ou reconhecimento) (Goodyer, Wright & Altman, 1990).

1.2. Depressão infanto-juvenil e competências cognitivas

A forma como a criança depressiva vê e interpreta as suas vivências, nas dimensões do passado, do presente e do futuro, lhes dá sentido e valor, se entende e se avalia a si própria, tem necessárias implicações para a forma como, no seu dia-a-dia, se confronta com as tarefas e experiências, mais ou menos exigentes, mais ou menos positivas, que a sua vida particular lhe oferece ou lhe impõe. Analisamos, em seguida, esses aspectos, primeiro na perspectiva da auto-percepção e da auto-valorização e, depois, na perspectiva das implicações das suas atitudes cognitivas, na resposta às tarefas escolares.

1.2.1. Atitudes perante si próprio e perante a vida em geral

O estilo negativo de autopercepção, concretizado em pensamento de tipo auto-referente culpabilizador, desvalorizador e auto-crítico (Dance & Kruiper, 1987) foi, como atrás vimos, diversas vezes confirmado como uma atitude típica de crianças e adolescentes depressivos (Asarnow & Bates, 1988; Asarnow et al., 1987; Haley, Fine, Marriage, Moretti & Freeman, 1985; Kendall, Hollon, Beck, Hammen & Ingram, 1987; Leitenberg, Yost & Carroll-Wilson, 1986). Nos estudos, que investigaram esta ligação, foram

utilizadas amostras clínicas e amostras escolares, instrumentos de autodescrição e entrevistas de diagnóstico psiquiátrico e os resultados apontaram; sempre, para uma presença desta distorção. A mesma perturbação cognitiva foi, ainda, encontrada ao investigar crianças em situação de risco; em particular; em filhos de mães com distúrbios afectivos (Jaenicke et al., 1987; Hammen, 1988).

Destas descobertas, foi levantada uma questão básica, incentivadora de várias investigações, a qual tentou perceber se as crianças depressivas faziam uma distorção das suas competências (tendo expectativas que não correspondiam ao real), ou se eram, pura e simplesmente, mais realistas que as "normais". Supunha-se, nesta segunda hipótese, que as crianças depressivas, sendo menos capazes, estivessem cientes desse facto e nele baseassem as suas antecipações de desempenho.

Kendall e colegas (1990) investigaram estas possibilidades e confirmaram a existência de distorção, apoiando, em concomitância, a hipótese de Beck: os níveis de rendimento normal das crianças depressivas e não depressivas que eles estudaram eram comparáveis. Neste mesmo sentido tinham ido, igualmente, os estudos de Sacco e Graves (1984) e de Asarnow e colegas (1987).

Num estudo de Kashani e colegas (1991), verificou-se que este tipo de distorções desvalorizadoras (os autores aprofundam, em especial, a descrença, a desesperança e as expectativas de desvalorização antecipada do futuro) se mostravam associadas com um resultado intelectual mais fraco e com uma maior quantidade de défices cognitivos. É tetniada a hipótese de que, a justificar esta associação estejam problemas de motivação, desconcentração e desistência por descrença nas próprias competências e possibilidades, e que estes tenham interferido com os

resultados, já que a maioria dos outros estudos existentes não demonstra que os depressivos sejam menos capacitados intelectualmente que os seus colegas não depressivos.¹¹⁸

Na sequência do reconhecimento de que as crianças depressivas evidenciavam distorções cognitivas, em especial expectativas negativas quanto ao futuro e uma auto-avaliação baixa, uma outra linha de pesquisa tentou verificar se os erros cognitivos típicos, associados à teoria de Beck e presentes nos adultos depressivos, se manifestavam, igualmente, na mesma forma e conteúdo, nos jovens depressivos; estudaram-se, então, em particular, a presença da desesperança (hopelessness) e da auto-estima baixa.

Ambas se mostraram, tal como nos adultos, fortemente associadas à depressão (Haley, Fine, Marriage, Moretti & Freeman, 1985; Kashani et al., 1992), confirmando, para alguns de forma inequívoca, a tríada Beckiana que, como vimos, defende que as crianças depressivas (tal como os adultos) percebem o seu mundo de uma forma negativa e pessimista, têm expectativas negativas em relação ao futuro e têm opiniões muito fracas acerca de si próprias (Moyal, 1977; Stark, Kaslow, Hills & Lux, 1988b).

Estudos empíricos realizados por Kazdin (1984, 1986) puseram, igualmente, a descoberto uma relação positiva entre a depressão e as expectativas negativas quanto ao futuro.¹¹⁹ As investigações efectuadas

¹¹⁸ Um estudo de Kendall e colegas, publicado em 1990 e já aqui citado, tentou exactamente perceber se as crianças depressivas apresentavam distorções no processamento da informação ou défice em processos cognitivos (tal como avaliado pelo Matching Familiar Figures - MFF), tendo verificado que os depressivos não demonstravam deficiências a nível das estratégias cognitivas envolvidas neste teste.

¹¹⁹ Note-se, no entanto, que apesar de estar em estudo uma amostra com diagnósticos de depressão clínica grave, os resultados mais elevados na escala de Desesperança não estavam associados ao diagnóstico de Episódio Depressivo Maior, nem à gravidade da disfunção, o que faz com que o autor coloque exigências e cautelas na interpretação dos resultados (Kazdin, 1986).

mostraram que quanto menos elevada é a auto-estima, maior tende a ser o desespero quanto ao futuro e que este desespero está também negativamente correlacionado com o nível de comportamento social.

O mesmo autor havia já demonstrado, num outro estudo, que as crianças com ideação ou tentativa suicida se auto-avaliavam, igualmente, como vivenciando mais desesperança (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987a).

A linha de estudos envolvendo a exploração da desesperança quanto ao futuro, tentou ainda aprofundar se essa atitude tendia a tornar-se mais intensa com o avançar no desenvolvimento, tendo verificado, contrariamente ao que era esperado pelos teóricos da psicologia do desenvolvimento, que não se manifestava um aumento deste tipo de cognição ao passar de pré-púbere para adolescente (Kashani et al., 1991). Esta conclusão punha em causa a suposição de alguns autores, de que as crianças mais pequenas não poderiam experimentar este tipo de distorção, já que não seriam capazes de antecipar o futuro distante, por não possuírem um completo sentido de tempo e, apesar de poderem ter a noção de futuro próximo, não abarcarem o conceito de infinitude (Derdeyn, 1983).

O estudo da imagem que a criança tem de si própria foi abordado em várias frentes, ora entendido num sentido mais avaliativo e descritivo, ora num sentido mais valorativo: estudou-se enquanto autopercepção, autorepresentação, autoavaliação, autoconceito e auto-estima. Vejamos as conclusões encontradas.

Se, para alguns autores (como referimos no ponto 1 deste capítulo) a percepção que o sujeito tem de si próprio não deve ser considerada como sintoma primário fundamental na definição e classificação da depressão, para outros, como é o caso de Susan Harter e de

Dance e Kuiper, ela deve ser defendida como básica no diagnóstico e na etiologia da depressão na infância e na adolescência.

Perseguindo a confirmação desta asserção, Harter encontra alguns dados normativos para crianças de mais de 8 anos, que parecem indicar uma elevada correlação entre sentimentos de desvalorização pessoal e afecto depressivo, este avaliado por instrumentos de autodescrição (Harter, 1987). A mudança positiva nos valores do afecto depressivo é acompanhada por um aumento significativo na autovalorização, mostrando a relação de intimidade entre estas duas variáveis e confirmando que o grau em que uma criança gosta de si e o julgamento que faz de si como pessoa, afecta intensamente os sentimentos de alegria ou tristeza por ela vividos.

A autopercepção parece ser, de acordo com aquela autora, não um sinónimo de depressão, mas um mediador do afecto e estas duas entidades estarem assim interligadas, mas serem distintas. Esta distinção vai para além das conceptualizações teóricas, pois as próprias crianças conseguem separar as suas reacções emocionais do seu julgamento sobre o *self* ("gosto de mim como pessoa e estou feliz com isso").

Harter, na sequência da sua perspectiva desenvolvimentista sobre estes tópicos, defende a necessidade de olhar a natureza das autorepresentações em função das mudanças normativas associadas à idade, justificando ser esta a forma de compreender as diferenças individuais (Harter, 1990).

O sentimento de autovalorização não é, portanto, um epifenómeno, mas sim um factor com um lugar básico no estado afectivo geral, quer no humor, quer na motivação. Pode mesmo ser entendida como um esquema ou sistema global, que influencie a forma como toda a

informação do exterior é percebida (Dance & Kruiper, 1987). Para estes autores, o nível de depressão terá um impacto sobre o conteúdo e a consolidação dos componentes do esquema de *self*, tornando-o mais vulnerável e menos integrado, o que explicaria muitas das distorções cognitivas encontradas.

Já que esta autovalorização é, ao que parece, determinada pela extensão em que o sujeito é competente em domínios que ele próprio considera importantes (apresentando já a incorporação das atitudes que o contexto social significativo tem para com o seu *self*), demonstra como certos domínios ou dimensões de competência e certos apoiantes sociais são críticos para a autovalorização da criança. É assim que entre os 8 e os 15 anos o *self* físico (aparência física) e os *self* social (aceitação de colegas), parecem afectar particularmente o seu julgamento global enquanto pessoa (Harter, 1987), dando reconhecimento ao peso fundamental da rede de colegas e amigos-pares na vida da criança destas idades.

Esta construção cognitiva, que implica o atingir do conceito de si próprio, enquanto pessoa, parece só ser possível após os 8 anos. Até aí (4 a 7 anos), os sujeitos não têm ainda presentes os conceitos globais de autovalorização, nem de estado de humor, mas conseguem fazer julgamentos válidos sobre o seu humor e motivação, surgindo estes como um único fenómeno não distinguível (não diferenciam entre estar feliz ou estar interessado). Conseguem apenas essa avaliação de forma contextualizada e concretizada em competências específicas. Aqui, contrariamente ao que acontece com os mais velhos, as autopercepções não medeiam o julgamento do afecto. A grande relação com o estado afectivo, sempre contextualizado, parece encontrar-se na percepção da aceitação social dos pais e colegas (Harter, 1990).

Numa linha semelhante, Schafer (1985) defende que o autoconceito é produto da interacção com os outros, o reflexo daquilo que vamos aprendendo sobre nós, através das reacções dos outros no *role-taking*, levando a supôr, assim, que o sistema interpessoal interage com o autoconceito. Parece portanto ser fundamental, para a compreensão deste constructo, atender à percepção que a criança tem da avaliação que os outros fazem dela.¹²⁰

Auto-estima e depressão parecem assim ter uma forte ligação, estando negativamente correlacionadas, quer nas crianças (Battle, 1978; 1987; Kaslow et al., 1984; Lefkowitz & Tessiny, 1980; Leitenberg, Yost & Carroll-Wilson, 1986; McConville & Rae-Grant, 1985; McConville, Boag & Purohit, 1973; Päänen, 1983; Saylor et al, 1984,), quer nos adolescentes (Battle, 1980). A depressão mostra-se negativamente associada com o autoconceito global e com a auto-estima global.

Os efeitos desta associação são vários, influenciando até processos de atenção, de selecção de informação e de retenção. Segundo um estudo de Hammen & Zupan (1984), as crianças depressivas com auto-estima baixa tenderão a relembrar menos adjectivos autodescritivos positivos do que os seus colegas não depressivos com auto-estima elevada. A auto-estima baixa mostrou-se igualmente relacionada nas crianças depressivas, com problemas no rendimento escolar e com o *locus de controle* interno (Kashani et al., 1992; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987).

Teri (1982a), num estudo já anteriormente citado, verificou que uma das especificidades da depressão na adolescência, em contraste com a

¹²⁰ Há que afirmar que a vulnerabilidade à depressão pode advir de uma relação insegura com os pais, que passaram à criança, durante anos, a mensagem de que ela não tem valor, é incompetente e não merece o amor deles. Esta experiências virá a formar as representações mentais que a criança terá de si própria.

depressão nos adultos, tinha a ver, entre outras variáveis, com a importância dada por aqueles ao autoconceito físico. A auto-imagem negativa (insatisfação com as mudanças físicas recentes, o sentir-se fraco, feio e sem orgulho no próprio corpo) estava intimamente ligada à manifestação da depressão nos adolescentes.

Apesar dos diversos estudos que tendem a confirmar este tipo de associação, ela não foi sempre demonstrada de forma consistente (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987). A hipótese de, nas diferentes investigações, terem sido explorados tipos independentes e específicos de auto-estima, foi colocada por Asarnow e colegas (1987).

Vimos já como a auto-estima comporta diferentes dimensões e como a importância que cada sujeito dá a cada uma dessas dimensões (importância afectada pela idade, sexo, contextualização do sujeito) irá determinar a sua auto-avaliação e valorização. Os estudos existentes sobre a autodesvalorização nos depressivos jovens têm-se centrado sobre diferentes conteúdos ou domínios. Alguns estudos confirmam que as crianças depressivas avaliam o seu rendimento em tarefas interpessoais de forma mais negativa que as não depressivas e acreditam que o resultado do seu trabalho é inferior ao dos outros sujeitos; outros estudos sugerem que, nas crianças depressivas, existe autodesvalorização no campo das competências escolares e atléticas (Kashani et al., 1992; Kazdin, 1983); outros, sugerem que os enviesamentos estão presentes na área da valorização pessoal e da competência cognitiva, mas não nas áreas da competência social e escolar (Asarnow et al., 1987); finalmente, há ainda, quem sugiram que a desvalorização é global, implicando, por parte da criança, uma avaliação negativa generalizada e uma insatisfação com todos os seus desempenhos e competências (Sacco e Graves, 1984).

Talvez estes desacordos revelem, essencialmente, que as diferenças em conteúdos possam ter mais de idiossincrático do que de universal, ou que as comunalidades existentes possam atribuir-se a especificidades etárias, sexuais ou mesmo de estatuto clínico. Acima de tudo, estas inconsistências não devem deixar de sublinhar que, independentemente dos conteúdos em que se manifesta, há que ter em conta a presença, consistente, da desvalorização pessoal da criança depressiva, em comparação com os outros, como um processo ou modo de funcionar cognitivo.

A moldura negativa, que a criança com este tipo de perturbação parece impôr a todas as suas visões do mundo, a começar por si própria e por aquilo que espera do futuro, parece assim associar-se a sentimentos de infelicidade, mal-estar e desprazer, que irão colorir a sua forma de estar no dia-a-dia e, eventualmente, perpetuar as atitudes depressivas.

As representações cognitivas do *self* e dos outros guiam assim o comportamento global dos depressivos, já que influenciam as expectativas e a interpretação do comportamento dos outros e estimulam a reconstrução permanente de padrões comportamentais e da auto e da hetero avaliação; uma antecipação cognitiva terminará numa realidade social perturbada e perturbadora, que levará a re-elaborações das representações mentais do *self* e dos outros (Cummings & Cicchetti, 1990). Estas representações mentais parecem interagir com acontecimentos de vida difíceis, para produzir ou intensificar a depressão (Hammen et al., 1989).

1.2.2. Depressão e dificuldades escolares

Uma das áreas em que as atitudes cognitivas negativas mais se irão sentir é a da vivência escolar.

Os estudiosos de saúde mental, já há muito vêm afirmando que a depressão tem implicações marcadas num leque alargado de comportamentos típicos e necessários ao funcionamento escolar (Maag & Forness, 1991). Vários domínios foram alvo de estudo, desde o rendimento (sucesso/insucesso escolar, níveis de desempenho em instrumentos de avaliação de competências de leitura, escrita e matemática), aos comportamentos mediadores implicados no processo de aprendizagem (capacidade de concentração, tempo de atenção, expectativas, atribuições, memória, resolução de problemas, motivação, etc.), ao comportamento social (relações com colegas e com professores) (Kazdin, 1989; Lefkowitz & Tessiny, 1980).

Nos estudos realizados, apesar de, por vezes, os depressivos não se diferenciarem dos não depressivos apenas com base nos resultados escolares e nas respostas a testes (Brumbach et al., 1980), foram repetidamente demonstradas correlações negativas entre a depressão e o êxito escolar (e.g. Wright-Strawderman & Watson, 1992). Os investigadores encontraram uma relação inversa entre a gravidade da sintomatologia depressiva e (1) os resultados em testes escolares estandardizados; (2) o fracasso escolar medido através de repetência; e (3) as avaliações realizadas por professores quanto ao desempenho escolar do aluno (Albert & Beck, 1975; Escrivá & Gándara, 1989; Tessiny, Lefkowitz & Gordon, 1980). Toda esta literatura tem por base, de novo, a existência

de uma discrepância entre o desempenho esperado do sujeito depressivo e o seu funcionamento e rendimento escolar. Em simultâneo, algumas das dificuldades (desmotivação, ausência de prazer nas actividades, etc.) estão generalizadas, associadas a outra sintomatologia e são persistentes em vários contextos, não sendo apenas próprias ao ambiente escolar (Clarizio, 1989; Reynolds, 1985).¹²¹

A temática da direcção causal tem sido amplamente debatida neste domínio. Serão os problemas de dificuldades escolares que levam à depressão, será a depressão que precede as dificuldades escolares, ou será um factor externo ou interno comum (como experiências de stress, a auto-estima baixa ou o estilo atribucional) que leva a ambos os problemas (Escrivá & Gándara, 1989; Lasko, 1986; Sacco & Graves, 1984)?.

Incapazes de distinguir entre a causa e o efeito, algumas das investigações interpretaram o insucesso escolar como consequência ou sintoma da depressão (dada a lentidão na aprendizagem, a dificuldade de concentração, a falta de energia e de motivação) (Ney, Colbert, Newman & Young, 1986) e outras, como um dos seus factores de risco (dado o peso social dado ao sucesso escolar, o stress associado com a incompetência, a auto imagem negativa consequente) (Blechman et al., 1986).

Das teorias explicativas existentes para dar sentido a esta relação, gostaríamos de salientar duas: uma, que consideramos mais linear, relativa a défices em competências (sejam cognitivas, como capacidades de resolução de problemas, estilos atribucionais, défices de memorização,

¹²¹ Estes factores são considerados os critérios, por excelência, para distinguir entre depressão e dificuldades de aprendizagem já que, nesta, não há discrepância entre capacidade e rendimento, a desmotivação e falta de prazer é específica ao contexto escolar, as insuficiências e dificuldades são muitas vezes específicas a certos domínios, como a leitura ou o cálculo e não há associação com outro tipo de sintomatologia. A par destas variáveis, encontra-se ainda uma outra: estas dificuldades de aprendizagem específicas têm um início, habitualmente, mais precoce (Clarizio, 1989).

sejam mais gerais, como incompetência escolar¹²² e incompetência social¹²³) e outra, mais complexa, colocando a hipótese desta relação ser mediada por uma terceira variável (como acontecimentos de vida difíceis ou inatenção) ou por uma etiologia comum (Goldstein & Paul, 1983).

À medida que apresentamos evidência empírica da relação entre depressão e dificuldades escolares, relataremos testemunhos exploratórios de ambas.

Num estudo envolvendo crianças com dificuldades específicas de aprendizagem¹²⁴ e sujeitos com depressão clínica, o despiste através de um instrumento baseado no desenho (DAS, Silver, 1988) mostrou que uma percentagem relativamente grande dessas crianças evidenciava níveis de resposta negativos, em particular associados ao tema do suicídio e da morte em geral, tal como acontecia com os sujeitos clinicamente depressivos (Silver, 1988). Por sua vez, Peck (1985), também citado em Silver, 1988, verificara uma grande incidência de crianças com dificuldades específicas de aprendizagem, numa amostra de adolescentes suicidas (citado em Silver, 1988) e Garcia-Celay (1985) punha a descoberto uma relação entre más notas e suicídio. Em Espanha, Escrivá e Gándara (1989) concluíam, no seu estudo, que o grupo de sujeitos que reprovava apresentava, quer nas auto-avaliações, quer nas avaliações realizadas por professores, níveis mais elevados de depressão, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas em relação ao grupo sem reprovações. Também McGee e

¹²² Esta incompetência foi operacionalizada como a demonstração de capacidades académicas através da obtenção de bons resultados escolares, quando medidos, ora por testes de inteligência, ora por testes de matemática e leitura, ora por desempenho nos trabalhos de casa (Blechman et al., 1986).

¹²³ A incompetência social foi operacionalizada como demonstração de capacidades sociais através do atingir de boas relações com as outras pessoas (Blechman et al., 1986).

¹²⁴ As chamadas Learning Disabilities (L.D.).

colegas (1986) confirmavam, na sua investigação, a relação entre sintomas depressivos, auto-estima baixa e uma autopercepção negativa das capacidades escolares.

Blechman e colaboradores (1986) punham em evidência, num interessante estudo com crianças e adolescentes, que os sujeitos que se mostravam incompetentes, quer no domínio escolar, quer no domínio social, tinham níveis mais elevados de depressão, segundo avaliação dos seus colegas e do próprio.

A questão da importância dos défices em competências cognitivas ou comportamentais, ou da não utilização máxima dessas competências foi também investigada. Assim, Vincenzi (1987) explora a relação entre depressão, aprendizagem e rendimento e verifica que a depressão afecta competências específicas do sujeito (tal como a leitura) e afecta também a capacidade mais geral para aprender. É discutida pelo autor a possibilidade de que tal seja devido a desmotivação.

Alguns trabalhos haviam ainda sugerido que a depressão poderia interferir, de forma negativa, com o rendimento em tarefas cognitivas complexas (Kaslow et al., 1984). A hipótese de variáveis mediadoras neste processo veio, no entanto, mostrar, que esta relação poderia ser mais complexa do que inicialmente se supunha. Alguns dados empíricos puseram em evidência que a interferência no desempenho de tarefas de teor cognitivo se devia, não à depressão *per se*, mas a variáveis mediadoras, como seja a inatenção ou pouca concentração nas tarefas ou as distorções na auto-percepção das capacidades e do rendimento (McGee, Anderson, Williams & Silva, 1986).

O grau de depressão mostrou-se, já, significativamente relacionado com o nível global de leitura, a média das notas e o

desempenho particular na leitura de textos (Vicenzi, 1987). Em simultâneo, os estudantes que se auto-avaliam como depressivos, também tendem a avaliar os seus rendimentos escolares de forma mais negativa que os não depressivos (Sacco & Graves, 1984).

A possibilidade de que a associação entre depressão e dificuldades escolares seja mediada pela idade, foi posta a descoberto, recentemente, por Wright-Strawderman e Watson (1992). Assim, na sua amostra de crianças com dificuldades específicas de aprendizagem, as mais novas tinham níveis de depressão mais elevados que as crianças mais velhas com o mesmo tipo de dificuldades. É sugerido que, com a idade, os sujeitos consigam aprender a lidar com a situação, diminuindo assim os sintomas depressivos. Levanta-se ainda a hipótese de que outras variáveis, como as atribuições ou o auto-conceito, possam explicar estes resultados mais elevados nos mais novos (Wright-Strawderman & Watson, 1992). É possível, que as crianças mais velhas, tendo mais hipóteses de terem vivido mais do que uma experiência de insucesso e um maior leque de possibilidades cognitivas para mediar essas atribuições, expliquem o insucesso por factores externos a si próprias, ou não fiquem tão afectadas, na sua auto-imagem, por este falhanço; em contrapartida, as crianças mais novas, ao viverem pela primeira vez a experiência do insucesso escolar, mais provavelmente o atribuirão às suas incompetências e, portanto, desencadearão baixas no seu auto-conceito.

Falamos já, no capítulo relativo à etiologia, nas teorias que abarcam hipóteses explicativas envolvendo os estilos atribucionais dos sujeitos e as suas percepções de controle sobre os acontecimentos, os sucesso e os insucessos. Estas questões foram exploradas empiricamente

nalguns estudos sobre a eficácia em meios escolares, sobre a persistência no cumprimento de tarefas e sobre a possibilidade de atingir os objectivos após confronto com experiências de insucesso, os resultados encontrados têm sido bastante interessantes (Fincham, Diener & Hokoda, 1987).

Por exemplo, os trabalhos centrados sobre as atribuições causais têm mostrado que a forma como a criança entende e interpreta o seu mundo escolar, as avaliações exteriores do seu trabalho, o resultado dos seus esforços ou da ausência do seu empenhamento e a forma como faz face ao insucesso ou aos resultados não contingentes, apresentam importantes implicações educacionais. Aquilo que é admitido como responsabilidade pessoal e as implicações consequentes (em termos de esforço ou de capacidade, de motivação para o sucesso, de persistência nas tarefas e no número de tentativas) são uma ponte possível para a ligação entre a depressão e as dificuldades na escola (Fincham, Diener & Hokoda, 1987).

As atribuições de esforço ou de sucesso, dependentes das tentativas individuais, estão associadas às de orientação para a tarefa, levando ao aumento de resolução de problemas a seguir a um insucesso. Este tipo de atribuições são pouco característicos das crianças depressivas, que como vimos, reconhecem nos sucessos causas independentes de si próprias, específicos e transitórias, e nos insucessos, causas auto-determinadas, gerais e duradoiras.

As crianças que realizam atribuições deste tipo manifestam, em situações experimentais, deterioração no seu rendimento (Fincham, Diener & Hokoda, 1987).¹²³ Em tarefas experimentais, atribuem os falhanços a

¹²³ Este aspecto parece ser independente da capacidade intelectual dos sujeitos, já que esta, aparentemente, não se encontra relacionada com a L.H. (Fincham & Cain, 1986).

falta de capacidades e mostram deterioração marcada, não só na velocidade com que resolvem problemas depois de falharem, mas também na sofisticação das suas estratégias de resolução de problemas. Generalizando destas investigações artificiais para o contexto de sala de aula e para a consequente aprendizagem escolar, sabe-se que as atitudes face às tarefas escolares (que passam, em princípio, para qualquer criança, por experiências de insucesso e sucesso e implicam a necessidade de investimento e esforço individual) sejam nefastas para uma evolução positiva. A atribuição do insucesso escolar a capacidades mostrou, nalguns estudos, prever os resultados escolares dois anos depois (Fincham, Diener & Hokoda, 1987), tal como o estilo atribucional de tipo depressivo evidenciou relações com o insucesso escolar crónico (Johnson, 1981, citado em Fincham, 1989). Contudo, por incongruência nos dados empíricos, algumas destas relações são discutíveis.

A motivação é outra variável que se encontra entrelaçada com estes comportamentos e atitudes vindo, provavelmente, a influenciar e ser influenciada, pelas cognições e emoções aqui envolvidas. Por exemplo, os estudantes, que falharam repetidamente numa tarefa, poderão desenvolver baixas expectativas para resultados positivos futuros, o que resultará num afecto negativo e num desejo diminuto para desempenhar melhor a tarefa. Muitos desistirão, porque se não crêem capazes de ter sucesso, perdendo pelo caminho todo o entusiasmo e a vontade de tentar. Da mesma forma, se a criança ou o adolescente sentem que têm muito pouco valor (para si próprios e para os outros), ou que não possuem capacidade, a aprendizagem escolar desaparecerá e, face ao insucesso, confirmará as suas expectativas (Kashani et al., 1991).

A forma de abordar as tarefas ligadas ao trabalho escolar

mostrou também poder diferir entre deprimidos e não deprimidos. Parece haver uma relação interactiva entre factores ambientais, (*feed-back* dos professores ao sucesso ou insucesso, por exemplo) e pessoais (orientação para os outros e para a sua aprovação ou para o cumprimento eficaz e bem sucedido da tarefa), os quais, em conjunto, contribuirão para o melhor ou pior resultado nas tarefas.¹²⁶ Como os depressivos são muito auto-críticos e dependentes da reacção dos outros aos seus desempenhos (pelo menos nalguns sub-tipos de depressão, Beck, 1967; Blatt, 1974), aceitarão ou reagirão de formas mais ou menos adaptadas ao *feed-back* do exterior. É possível que distorção a realidade e sobrevalorizem as situações de crítica negativa e não dêem atenção ou importância à aprovação do seu trabalho.

A aprendizagem escolar está apoiada numa função que já mostrou também ser afectada pela depressão: a de memorizar. Diversos estudos se dedicaram a explorar os efeitos da depressão no funcionamento da memória, já que, nos adultos, há alguma evidência de alterações e distorções associadas àquela disfunção (Hammen e Zupan, 1984). Nas populações mais novas verificou-se que as crianças depressivas parecem não se lembrar do conteúdo dos acontecimentos positivos tão bem quanto as não depressivas, mas a sua memória para acontecimentos negativos não é melhor, nem pior, do que a dos não depressivos. Tal parece significar que a diferença não se encontra na memória dos acontecimentos negativos, mas sim na dos positivos, sendo assim a diferença entre os dois grupos uma diferença específica e não global (Whitman & Leitenberg, 1990).

Os poucos estudos realizados e os limites metodológicos dos

¹²⁶ Associado a esta constatação encontra-se o facto das crianças depressivas não parecem beneficiar tanto do reforço positivo como as não depressivas, o que poderá ter possíveis implicações escolares e educativas em geral.

existentes, não têm facilitado o esclarecimento das questões ligadas à memória. Está em dúvida, por exemplo, se a distorção cognitiva, responsável por este esquecimento selectivo da experiência positiva (atendendo apenas ao que é consonante com o seu humor e o seu esquema de *self*), se encontra no processo de atenção, no de retenção ou no de lembrança.

Para perceber melhor a associação destes vários factores cognitivos com a depressão, será importante vir a identificar, com precisão empírica, qual o seu impacto no rendimento escolar e qual a sua relevância no funcionamento da criança ou adolescente depressivo, para finalmente vir a desenvolver estratégias para minimizar ou remediar possíveis efeitos negativos (Gargiulo, O'Sullivan & Barr, 1987; Weisz, Weiss, Wasserman & Rintoul, 1987; Weisz et al., 1989). Isto é tanto mais importante quanto se sabe hoje que estes padrões cognitivos parecem ser estáveis e afectar muitas áreas do funcionamento da criança e do jovem (Fincham, 1989).

O insucesso escolar total, concretizável na reprovação de ano lectivo, poderá ter um grande impacto negativo na vida da criança. O sucesso a nível do rendimento escolar é uma área da vida à qual é dada um grande valor, quer pelos micro-sistemas (a família e a própria escola esperam o melhor do jovem, em termos de produto final - traduzido em notas e passagens de ano - e em termos de esforço, empenhamento e trabalho para o atingir), quer pelos macro-sistemas (a sociedade em geral valoriza e recompensa os que têm melhores resultados em termos de aprendizagem escolar). Esta área da vida da criança/adolescente tem profundas implicações ao nível cognitivo e emocional. Como exemplo, numa

caso, as consequências da reprovação poderão ser de forma a potenciar os sintomas depressivos e a manter esta perturbação psicológica. Só mais trabalhos empíricos, metodologicamente complexos, que estudem a relação causal entre os dois fenómenos, poderão esclarecer esta relação, com tão grandes implicações para a vida dos jovens em geral.

A investigação relativa ao modelo defendendo que a depressão e os rendimento escolar baixo são mediados por acontecimentos de vida difíceis, foi muito pouco explorada. A sugerir a sua possibilidade, encontra-se um estudo de Beer (1989), que conclui que as crianças deprimidas, filhas de pais separados ou divorciados, se caracterizam por possuírem resultados escolares significativamente mais baixos que os sujeitos vivendo em lares intactos. Também em Billings e Moos (1983) é possível encontrar referências que indiciam que a mudança de escola se encontra relacionada com a depressão e com a baixa no rendimento escolar. As experiências de vida difíceis têm sido estudadas na sua relação directa com a depressão e é delas que falaremos no capítulo que se segue.

É conclusão geral dos dados referidos, que a criança depressiva manifesta um diversificado conjunto de atitudes cognitivas, que parecem possuir alguma especificidade e que se traduzem numa forma disfuncional de lidar com o real. As alterações na percepção e entendimento do mundo que passam, não só pela imagem que tem de si, quanto pelas formas de processar e sentir a informação (proveniente do contexto relacional, das vivências afectivo-emocionais e das experiências com tarefas cognitivas), podem provir, ora de distorções e défices típicos da depressão - esta reactiva a situações de vida difíceis - ora de aprendizagens moldadas pelo

criança que falhe na escola, é possível que a grande pressão que sobre ela é colocada e a grande importância que é dada ao facto a leve a assumir-se como incapaz em todo e qualquer domínio da sua vida, a desvalorizar-se por completo e a denegrir a imagem que tem de si. As expectativas sobre o seu desempenho posterior serão pouco positivas e não acreditará que o futuro lhe traga melhores momentos.

A par desta estruturação cognitiva negativa, a reprovação pode provocar readaptações ao nível social. Habitualmente, a criança, ao reprovar, deixa de poder acompanhar o grupo dos seus colegas e amigos, vendo-se obrigada a começar um conjunto de novas relações sociais. Frequentemente, vai ser integrada num grupo já formado, onde terá que lutar por aceitação. O estigma que a acompanha e as expectativas que os outros, muito em particular os professores, terão dela, serão também nefastas para este processo. Acontece ainda que as suas competências desenvolvimentistas globais poderão ser mais avançadas do que as do grupo que vai integrar, já que é comum que os colegas a quem se vai juntar sejam mais novos e possam ser mais imaturos.

A reprovação está por vezes também associada a um outro tipo de punição mais óbvia, como sejam os castigos de várias ordens impostos pela família (ter explicações diárias durante as férias, não brincar com os amigos, não ver televisão...) que não suavizarão em nada este processo. A reacção de depressão pode advir da confluência de todas estas situações e, estimulando a continuação do insucesso e confirmando expectativas de todos, vir a provocar desadaptações violentas e prolongadas. A hipótese complementar implica que a presença da depressão venha a desencadear disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais diversas, que limitem a capacidade da criança em aprender e levem à reprovação. Também neste

meio social. Neste último caso, a criança virá mais tarde a desencadear, pelas inadequações e desadaptações ao seu mundo, a experiência da depressão.

1.3. Depressão e stress

As recentes investigações vocacionadas para o estudo da associação entre distúrbio psicológico e acontecimentos de vida *stressantes*,¹²⁷ têm sugerido ligações múltiplas, dinâmicas e mutuamente recíprocas, entre essas experiências, as particularidades do sujeito e o apoio do contexto social para o desencadeamento da sintomatologia (Folkman & Lazarus, 1986; Monroe, Bromet, Connel & Steiner, 1986). Os modelos explicativos, inicialmente unidireccionais, simples e pessimistas, defensores de uma ligação unívoca entre os acontecimentos de vida difíceis e uma consequente disfunção, deram progressivamente lugar a explicações e representações teóricas bastante complexas, mediadas, interactivas e mais optimistas (Folkman & Lazarus, 1986; Monroe, Bromet, Connel & Steiner, 1986; Sherkat e Reed, 1992).

Uma das características que se reconhece como sendo parte integrante das vivências desencadeadoras de stress é serem experiências de transição, implicando reorganizações e adaptações pessoais e contextuais. As crianças e adolescentes encontram-se entre aqueles que vivem transições múltiplas de forma frequente: a par das inofensíveis mudanças estruturais, físicas e psicológicas, internas e próprias às etapas de crescimento e desenvolvimento em que se encontram, experienciam mudanças dependentes do contexto físico e social, provenientes, em especial, dos dois domínios mais influentes da sua vida, a família e a escola. São grandes as implicações que advêm destas transições, em termos

¹²⁷ Acontecimento de vida (*life events*) stressante é aqui entendido como "uma experiência social com um início e curso identificáveis e circunscritos e cujos efeitos se julga terem impacto psicológico num indivíduo" (Goodyer, 1990, p. 839).

das adaptações que impõem, quer face às alterações no ambiente físico, quer nos papéis desempenhados por cada um nas relações mantidas, quer ainda no impacto intrapsíquico, em particular nas reações cognitivas e emocionais desencadeadas, como sejam as auto e heteropercepções e valorações de si próprio, dos outros significativos e dos acontecimentos (Bray & Hetherington, 1993). Estas conclusões fazem com que a noção de *stress* só tenha sentido quando enquadrada numa perspectiva contextual e relacional alargada e quando entendida em função de especificidades, diferenças e significados individuais (Lazarus, 1980; Rutter, 1986; Zeitlin, 1990). O acontecimento de vida difícil não é mais encarado como problemático em si mesmo e o seu valor ou o grau de problematização é visto como dependente do significado e relevância que-lhe é atribuído pelo próprio sujeito que o vivencia (irrelevante e, portanto, apenas temporariamente perturbador; ou extremamente importante e, por conseguinte, provocador de grande mal-estar), pelas melhorias e equilíbrios eventuais nas readaptações que provoca, pelas competências internas ao sujeito (como estilos cognitivos e esquemas de *self*) e pelos recursos socio-ambientais externos (Folkman & Lazarus, 1986; Hammen e Goodman-Brown, 1990).

Contrariamente aos modelos tradicionais que, ao ligarem as consequências de determinado acontecimento de vida difícil ao ajustamento das crianças, defenderam que essa ligação redundaria em défices ou inadequações nos seus comportamentos, os modelos mais recentes sugerem que as experiências de mudança podem implicar oportunidades para crescimento pessoal e para relações mais harmoniosas e que a diversidade de situações de mudança vivenciadas podem ser, em si mesmas,

enriquecedoras do ponto de vista psicológico (Bray & Hetherington, 1993).¹²⁸ As investigações surgidas ultimamente nestes domínios, algumas já existentes no nosso país, têm vindo a tentar perceber em que circunstâncias é que as reorganizações impostas por estas transições promovem saltos qualitativos positivos e em que situações se desencadeia perturbação e desadaptação. (Bizarro, 1992). Supõe-se que (1) as características da criança-ou jovem envolvido (etapa de desenvolvimento, temperamento, competências pessoais, sexo, idade, significado que dá ao acontecimento); (2) as características inerentes à própria transição (tipo, qualidade, gravidade/intensidade, cronicidade) e aos melhoramentos ou agravamentos que trará (passagem de uma situação de violência familiar para um contexto de monoparentalidade equilibrada); (3) o número e sequência de transições vivenciadas pelo sujeito; (4) os recursos oriundos do ambiente físico e social em que o jovem se encontra (apoio a nível económico, apoio social¹²⁹ de familiares ou colegas, figura de vinculação substituta); (5) o grau de impacto, o tipo de consequências e o carácter de permanência ou de transitoriedade da situação (ter efeitos stressantes sobre todos os elementos do grupo familiar, como no caso de conflitos maritais abertos e visíveis entre os pais); e (6) o *timing* da própria mudança vivida (maior vulnerabilidade nas crianças de idades pré-escolares, porque mais dependentes) possam determinar reacções de tipo mais adaptado ou mais disfuncional (Bray & Hetherington, 1993; Goodyer, Kolvin & Gatzanis, 1985; Goodyer, Kolvin & Gatzanis, 1987; Rutter, 1985).

¹²⁸ Cerca de 50% das crianças expostas a adversidades agudas ou crónicas não desenvolvem desordens psiquiátricas (Goodyer et al., 1990).

¹²⁹ "Apoio Social" é aqui definido como "o processo (percepção ou recepção) através do qual os recursos da estrutura social são disponibilizados para dar resposta a necessidades funcionais (instrumentais e expressivas) em situações de rotina ou de crise" (Lin & Ensel, 1989, p. 383, citado em Sherkat & Reed, 1992).

Do ponto de vista histórico, no estudo particular da ligação entre a depressão e as situações de transição provocadoras de *stress* as conceptualizações surgidas tenderam, sistematicamente, a descrever a depressão como uma das consequências possíveis da vivência continuada dessas situações, quer os sujeitos estudados fossem crianças, adolescentes ou adultos (Mullins, Siegel & Hodges, 1985). No caso das populações mais novas, alguns dados preliminares apontam no sentido de um aumento significativo de mudanças na sua vida e na presença de situações de vida difíceis, antes do desenvolvimento da depressão, quer na vida do sujeito individual, quer na da sua família (Goodyer, Kolvin & Gatzanis, 1985). Em consequência, a depressão tem sido entendida como uma reacção directa à combinação de diversos factores de *stress*, num espaço de tempo mais ou menos prolongado (Patros e Shamoo, 1989). Na vertente empírica, a vivência de acontecimentos de vida recentes, indesejáveis e de impacto grande ou moderado, ocorrendo nos 12 meses anteriores ao início dos sintomas, mostram poder exercer um efeito vulnerabilizante para o surgimento da depressão, quer na presença, quer na ausência de outras dificuldades mais constantes ou mais crónicas (Goodyer, Wright & Altman, 1990). Quando a situação precipitante é identificável, surge muitas vezes como a última de uma série de circunstâncias adversas (Bemiporad & Won Lee, 1984; Poznanski & Zrull, 1970).

Os autores, que tomam em linha de conta o nível de funcionamento psicológico prévio ao aparecimento dos problemas de desajustamento e à presença desses acontecimentos de vida, ao encontrarem disfunções anteriores a esses *stressores* agudos, têm posto em causa a sua natureza e significado, duvidando do papel central e fatídico

desses acontecimentos na génese da depressão infanto-juvenil (Swearingen & Cohen, 1985). Da mesma forma, os que atendem aos aspectos cognitivos dos jovens sujeitos que experimentam *stress* ou, de uma forma mais complexa e específica, que entendem a depressão como o resultado da sobreposição entre um acontecimento de vida negativo e uma área de particular relevância e significado para o *self* (Hammen & Goodman-Brown, 1990), verificam que existe uma associação significativa entre o início ou exacerbação da depressão e a experiência de *stressores* que sejam percebidos pelo sujeito como relevantes. Assim, os resultados empíricos e clínicos têm dado lugar ao reconhecimento de factores mediadores neste processo patológico, muito em particular da visão interna do *self* e dos outros, que interferindo nessa relação, mostram que os aspectos cognitivos internos podem evitar, perpetuar ou engrandecer os sentimentos de disforia reactivos a situações de vida negativas (Hammen & Goodman-Brown, 1990; Lewis, Dlugokinski, Caputo, & Griffin, 1988; Seifer & Sameroff, 1987).¹³⁰

A importância dada aos acontecimentos de vida na etiologia da depressão defende que acontecimentos violentos ou de adaptação difícil podem ser suficientes, em certas situações, para desencadear depressão nos mais novos, ainda que não sejam necessários para tal surgimento (Goodyer, Kolvin & Gatzanis, 1987).

Os dados desta relação entre depressão e situações de vida provocadoras de *stress* têm trazido ao de cima as diferentes perspectivas explicativas e descritivas existentes sobre a depressão: as dicotomias clássicas da classificação da depressão em endógena/biológica e em

¹³⁰ Por exemplo, alguma da investigação tem vindo a sugerir que a auto-estima elevada pode ser um valor psicológico importante no enfrentar das situações *stressantes* (Sherkat & Reed, 1992).

exógena/reactiva e a sua configuração enquanto mero sintoma ou enquanto complexo sintomático. Para alguns especialistas, os acontecimentos de vida violentos parecem associar-se, com alguma evidência, à presença de sintomas depressivos (Cytryn et al., 1986), mas ter uma relação menos óbvia com os síndromas ou os distúrbios depressivos (Kashani et al., 1986). Por sua vez, as depressões subsequentes às experiências *stressantes* são entendidas como exógenas e qualitativamente diferentes das endógenas.

Tal como acontece com o conceito de depressão, o conceito de *stress* está infiltrado de imprecisões terminológicas, definições múltiplas e sem acordo, ausência ou ineficácia de instrumentos de medida e um conjunto intrincado de processos e comportamentos, pelo que o estudo comparativo se mostra pouco facilitado e torna impossível a confirmação desta dicotomização (Rutter, 1986). Recentemente, veio a germinar uma visão mais integradora e menos linear e a colocar-se a possibilidade da existência de um tipo de depressão desencadeada, em simultâneo, por factores endógenos e exógenos, em que vulnerabilidades biológicas são activadas por acontecimentos de vida dolorosos. Este tipo de depressão pode surgir na forma de distúrbio, em toda a sua gravidade clínica.

As situações de vida difíceis, consideradas como negativas, têm sido mais estudadas que as positivas (nascimento de um irmão, por exemplo), apesar dos especialistas considerarem que ambas podem ter um impacto *stressante* no indivíduo. É assim que, ao longo deste capítulo, atenderemos aos acontecimentos de vida negativos, negligenciando as experiências que implicam uma reorganização e "*coping*" por parte do jovem. De entre as negativas, aquelas que mais frequentemente chamaram a atenção do investigador interessado na depressão infanto-juvenil foram

(1) a separação/divórcio dos pais; (2) a morte de um progenitor; (3) o abuso/abandono/negligência; (4) a depressão parental; e (5) a doença física grave, em especial envolvendo hospitalização. A par destas, gostaríamos de salientar também uma outra situação, bastante comum nas populações mais jovens, que apesar de pouco investigada na sua relação com a depressão, nos parece muito importante pelo possível impacto na adaptação psicológica: a mudança de escola. Sendo esta, e todas as anteriormente focadas, experiências de transição envolvem, no geral, situações de perda, separação, e/ou insucesso, podendo, por isso, ter uma contribuição mais ou menos substancial para o início ou a para a manutenção da depressão nos mais novos.¹³¹

1.3.1. Depressão e meios familiares perturbados

As pesquisas e acções empíricas centradas sobre a família vieram pôr em evidência a importância da componente familiar na depressão das crianças e dos jovens (Derdeyn, 1983; Lasko, 1986). A par dos efeitos crónicos e permanentes de um grupo relacional perturbado, que se podem reflectir no desencadeamento de comportamentos depressivos nos elementos mais jovens desse grupo ou sistema, efeitos esses já referidos, o contexto familiar pode sofrer situações graves, agudas, de grande impacto psicológico sobre crianças e adolescentes. Nos poucos estudos empíricos, os dados têm-se mostrado inconsistentes, quer porque as abordagens teóricas

¹³¹ Um estudo longitudinal desenvolvido junto de cerca de 5000 sujeitos, seguidos desde o nascimento até aos 21 anos, veio sugerir que o diagnóstico precoce de doença psiquiátrica, problemas escolares e vivências familiares e sociais empobrecidas (quer do ponto de vista socio-económico, quer em consequência da experiência de situações de morte, divórcio ou novo casamento dos pais) contribuirão para risco de perturbação psicopatológica futura (Almqvist, 1988).

divergem e as variáveis estudadas não coincidem; quer porque muitos dos estudos falham metodologicamente nos requisitos necessários para a compreensão adequada da evolução da relação da depressão infanto-juvenil com os diversos *stresses* familiares¹³². Mais do que isso, as discórdâncias parecem devidas a formas limitadas de olhar os fenómenos em causa, durante muitos anos restritas nas suas hipóteses, e hoje percebidas de forma mais abrangente.

Separação/divórcio conjugal e depressão nas crianças

O estudo dos efeitos da separação ou divórcio dos pais nas crianças e adolescentes, com um a longa história de investigação, tem vindo a apontar a depressão como uma possível reacção a esta situação de vida (Beer, 1989; Hetherington, 1979; Hoyt, Cowen, Pedro-Carrol & Alpert-Gillis, 1990), acreditando que a experiência da separação provoca, habitualmente, elevados níveis de *stress* com consequências negativas deste e de outro tipo nos pais e nos filhos. Com o crescimento do número de famílias vivenciando esta situação, por todo o mundo ocidental, os estudos sobre novas leis de custódia e a investigação sobre as crianças em diferentes estruturas familiares, adveio o desenvolvimento recente de inúmeros empreendimentos empíricos.

De entre os vários pressupostos defendidos pelos modelos mais recentes, gostaríamos de salientar a noção de que a separação/divórcio

¹³² As limitações metodológicas envolvem a ausência frequente de grupos de controlo, a não coincidência dos grupos de controlo e dos grupos experimentais, a fraca possibilidade de generalização por amostras muito reduzidas, a não separação dos dados em função de características relevantes, como o sexo, a idade, a gravidade ou o estatuto clínico dos sujeitos, o não envolvimento discriminado de pais e mães e as limitações avaliativas ou de diagnóstico (Hammen et al., 1987; Kaslow et al., 1983; Miller, Birnbaum & Durbin, 1990; Poznanski & Zrull, 1970; Puig-Antich et al., 1978)

conjugal não pode ser visto como um acontecimento único, pontual, na vida dos indivíduos (adultos ou crianças) mas como um processo interpessoal com transições múltiplas pré e pós separação, implicando um intrincado ajustamento de papéis de todos os intervenientes e a reorganização das formas e rotinas de vida e das relações entre os membros da família (Hetherington, 1993). Essa reorganização pode ser tanto maior quanto implicar, num futuro próximo, o novo casamento dos progenitores, com o consequente refazer das estruturas e das hierarquias familiares e a eventual integração de novos sujeitos no grupo familiar.

O processo de adaptação dos diferentes membros da família a estas múltiplas mudanças na sua vida tem evidenciado ser afectado por um vasto conjunto de factores, os quais parecem poder predizer o grau de adaptação da criança (Hetherington, 1993). Kurdek (1980b) apresenta três tipos de factores que podem reduzir ou potenciar o stress sentido pela criança ou adolescente: (1) os relativos ao sistema ontogénico (onde inclui as competências sociocognitivas do sujeito para lidar com a situação, a sua idade, sexo e temperamento); (2) os relativos ao micro-sistema (compreendendo factores familiares como o apoio social, o conflito interparental, o envolvimento parental); e (3) os relativos ao exo-sistema (em particular o grau de mudança ambiental aos níveis de estatuto económico, habitação, etc. e o apoio social dado às mães, onde se pode incluir o tempo que esta passa com a criança).

Os resultados dos trabalhos empíricos vocacionados em estudar, em particular, a ligação da separação/divórcio conjugal com a depressão não têm sido consonantes, nem todos apoiando a existência desta disfunção como sequela daquela experiência (Guidubaldi, Perry, Clemshaw & Caven,

1983; Kurdek & Siesky, 1980b). Entre os que confirma esta relação encontra-se um estudo efectuado por Beer (1989). O autor verificou que as crianças de lares em que os pais se haviam separado obtinham resultados significativamente mais altos no CDI do que as oriundas de lares intactos. Verificou ainda que os sujeitos mais velhos, filhos de pais separados, apresentavam resultados de ajustamento social inferiores e que os rapazes apresentavam maiores dificuldades comportamentais e escolares, quer comparativamente com outros rapazes, oriundos de lares intactos, quer com raparigas também filhas de pais separados (Beer, 1989). As crianças filhas de pais separados apresentavam igualmente resultados inferiores nos instrumentos de avaliação do autoconceito e nos instrumentos avaliadores da auto-estima, apesar de ambos os grupos evidenciarem resultados dentro dos limites tidos como adequados (Axford & Jerrom, 1986; Beer, 1989). Salienta-se que a subescala de auto-estima relacionada com os pais apresentava uma correlação mais elevada com a depressão do que a as subescalas social e escolar, levando o autor a colocar a hipótese de que a valoração que as crianças fazem da relação com os progenitores possa ser aquela que, em interacção com o tipo de relação vivenciada, afecte mais profundamente a sua saúde mental. Face a estes resultados é sublinhado o efeito adverso que a separação/divórcio dos pais poderá ter junto das crianças e jovens, afectando a forma como vêm os seus próprios comportamentos, competências, atributos e estados afectivos.

Também um estudo de Hetherington (1979) se engloba na categoria dos trabalhos apoiantes de uma relação entre a separação/divórcio conjugal e depressão nas crianças, pois veio sugerir que existem problemas de ajustamento psicológico nos filhos de casais que se separam, entre os quais a depressão, em especial nos dois anos que se

seguem à separação/divórcio. Esses problemas estão especialmente presentes nos rapazes e nas situações em que são alterados os padrões de disciplina paternos. Num trabalho de Kurdek, Blisk & Siesky (1981) verificou-se que as crianças que se mostravam mais ajustadas quatro anos após a separação dos pais, eram as mais velhas, as que tinham menos visitas do progenitor não residente sem a custódia, as que possuíam um locus de controlo interno e níveis de competência pessoal mais elevados. Os pais destes sujeitos estavam separados há mais tempo que os das crianças com pior adaptação.

Entre os estudos não tão explicitamente apoiantes desta relação encontra-se o de Tennant (1988), o qual sugere apenas uma ténue evidência da ligação da depressão com a separação dos pais.

Quando existem divergências nos resultados encontrados elas podem ser atribuíveis a vários factores, que parecem relacionar-se, em muitos dos casos, com limitações metodológicas, relacionadas com diferentes perspectivas conceptuais e com métodos e populações muito diversificadas. Assim, por exemplo, entre as variáveis metodológicas intervenientes encontramos o intervalo de tempo que medeia entre a recolha de dados e a vivência da separação dos pais, o qual parece não ser um factor controlado pelos estudos empíricos, apesar de sobressair como possuindo efeitos potenciais nos resultados da adaptação. Outra variável influente, nem sempre controlada, é a idade em que o jovem vivencia o acontecimento de separação/divórcio, já que esta pode associar-se ao nível de desenvolvimento cognitivo e permitir aos sujeitos mais velhos, ao descentrarem-se, perceber o divórcio do ponto de vista dos outros.

Entre as variáveis que têm mostrado influenciar a adaptação construtiva da criança (como redutoras ou potenciadoras do stress), a que

mais tem evidenciado a sua importância, impacto e consistência entre estudos é a relação inter-parental (Emery, 1982). Esta, mais importante que o estatuto do casal, veio sublinhar, em particular, que o conflito inter-parental (dentro ou fora do casamento), concretizado em elevados níveis de conflito e baixos níveis de cooperação afecta grandemente a capacidade de adaptação da criança. Esta variável, já estudadas em populações portuguesas (Afonso, 1991, 1992; Afonso & Calheiros, 1992), mostrou-se já altamente correlacionada com o comportamento da criança em geral, em especial com o rendimento escolar e com o aparecimento da sintomatologia.

O tipo de competências parentais desempenhadas pelos progenitores surge como outra variável importante neste processo adaptativo ou desadaptativo da criança. Assim, certas características consideradas como positivas na relação pais-filho (apoio, carinho, baixos níveis de punição e coerção, regras claras e consistentes, certo grau de controle e comunicação) parecem proteger as crianças das consequências mais nefastas. De novo aqui, o estatuto conjugal dos pais é menos relevante que a relação entre a criança e cada um dos progenitores. O ambiente emocional vivenciado pelos pais ao longo de todo o processo de separação/divórcio interferirá, naturalmente, com estas competências de parentalidade, pelo que algumas das consequências psicológicas do processo podem derivar, não do impacto directo da separação dos pais, mas das alterações indirectas que advém do mal-estar emocional, social e psicológico geral que os progenitores vivem depois da separação/divórcio e na consequente forma de exercer as suas funções parentais (Cummings & Cicchetti, 1990).

Depressão nos filhos após a morte dos pais

Apesar de conceptualmente, sobretudo dentro das perspectivas psicanalíticas, a morte dos progenitores ter sido desde sempre entendida como uma das perdas mais violentas e traumáticas que a criança pode vivenciar, como um impedimento grave para um harmonioso desenvolvimento socio-emocional futuro e, em consequência, como um risco para depressão (Schwartz & Schwartz, 1993), a investigação nesta área mostra-se diminuta e evidencia dúvidas e incongruências nas conclusões. Perante a morte do ou dos pais, a criança vê-se confrontada com uma perda que é completa, final, irreversível e que frequentes vezes é repentina, não antecipada e não preparada. A patologia depressiva grave, surge então, manifestada em forma de reações de tristeza, solidão, auto-estima baixa, desejo de morte, culpa e raiva.

Esta posição conceptual é visível nas opiniões de Bowlby (1981) e de Rutter (1980). Segundo Bowlby (1981), a perda por morte em idades precoces, constitui um risco considerável para que a criança venha a desenvolver, no futuro, psicopatologia. Rutter (1981) completa esta opinião defendendo que apenas certas formas de perda por morte a predisporão para problemas psicológicos futuros, dando importância, nesta determinação, a factores mediadores, como as circunstâncias sociais, as competências desenvolvimentistas, a qualidade das relações prévias à morte, as atitudes cognitivas e a presença de outros acontecimentos stressantes.

Os dados de alguns estudos empíricos têm confirmado as suposições teóricas, ao apontar uma ligação entre a depressão e a morte

dos pais e têm mostrado singularidades etárias e sexuais nessas reações. Por exemplo, os rapazes parecem demonstrar mais sintomas depressivos no período imediatamente a seguir à morte do progenitor, muitas vezes acompanhados de birras, problemas escolares e isolamento, enquanto que certas idades parecem ser mais propícias a reações patológicas do que outras. Comparando os efeitos da morte dos pais ao longo do ciclo de vida, foi sugerido que as reações de desgosto na sequência de luto¹³³ tendam a ser mais suaves e breves nos mais novos, quando comparadas com as dos adolescentes ou dos adultos (Van Eerdewegh et al., 1982). Nas idades mais jovens, há indícios de que, para constituir um factor de risco, a perda da mãe por morte deva ocorrer antes dos 11 anos (Brown & Harris, 1978) e, mais especificamente, que o período entre os 5 e os 10 anos seja o mais crítico para esta perda, sendo as crianças com menos de 5 anos menos vulneráveis aos seus efeitos do que as que têm mais idade (Garmezy, 1985). Este último facto foi já explicado pela potencial protecção das limitadas capacidades cognitivas (em especial a impossibilidade em perceber a morte como um processo irreversível e universal) e pela maior capacidade em formar novas vinculações. Existe também alguma evidência empírica recente de que a perda de um dos pais na infância se encontre ligada com a depressão na vida adulta, em especial na raparigas que perdem a sua mãe (Brown et al., 1988). No entanto, numa anterior revisão, referente a vinte anos de literatura, esta relação não foi confirmada (Crook & Eliot, 1980).

Aos factores sexuais e etários juntaram-se outros que

¹³³ O luto é aqui entendido como um processo emocional no qual nos adaptamos e, em princípio, aceitamos, a perda de algo ou alguém fundamental para a nossa existência (Myers & Myers, 1982).

possivelmente são responsáveis pelas evidentes diferenciações nos dados encontrados, como sejam as causas da morte (antecipada ou inesperada) e o tipo de relação estabelecida com o pai ou mãe falecidos (de grande proximidade ou de violência).

Outros trabalhos têm sugerido a ausência de ligação entre a morte dos progenitores e a depressão infanto-juvenil. Uma das teorias que justifica essa ausência defende que se a criança tiver memórias positivas não desenvolverá desespero (Tennant, 1988) e outras conceptualizações enfatizam o peso dos acontecimentos externos que, ao darem apoio à criança, a protegerão das reacções depressivas.

A escassez das publicações sobre este assunto não deixa ir muito longe na análise do tema, deixando em aberto possibilidades contraditórias sobre os efeitos a curto e a longo prazo da perda do pai e/ou da mãe por morte (Brown et al., 1986; Poznanski & Zrull, 1970; Kashani et al., 1987). Tal indeterminação não minimiza, contudo, os efeitos potenciais deste acontecimento de vida, mas relativiza a linearidade desses efeitos e relembra o papel preponderante de muitos outros factores mediadores.

A literatura existente tem mostrado mais preocupações em prevenir ou tratar desadaptações e diminuir o sofrimento sequente a esta importante perda, do que em descrever as suas características. A importância de envolver a criança orfã em programas comunitários com base na escola, em apoiar a sua participação nos rituais do funeral, em incentivar a sua expressão de sentimentos e em estimular a conversa e as memórias (de forma adequada e adaptada às capacidades desenvolvimentistas da criança, e à noção que possui de morte) são algumas das propostas concretas realizadas (Murphy, 1986). O trabalho fundamental dos pais substitutos (ou do progenitor sobrevivente) para

repôr o equilíbrio através de relações calorosas e apoiantes; pode influenciar de forma definitiva a reacção ao acontecimento.

O abuso, o abandono e a negligência dos pais e a depressão dos filhos

Apesar do abuso, abandono e negligência dos pais em relação aos filhos corresponderem a situações, do ponto de vista comportamental e emocional, completamente distintas (atitudes parentais diferentes e consequências físicas e psicológicas também diferentes nas crianças) tratá-las-emos aqui como semelhantes, por razões de mera sumarização e brevidade na informação prestada. Não deixamos de alertar, no entanto, para o facto de estarem a ser misturadas situações de vida díspares, acerca das quais existem também perspectivas conceptuais muito diversas.

O impacto dos maus tratos (abuso na forma de violência física ou psicológica), do abandono e da negligência (em forma de privação face a necessidades físicas ou psicológicas) de que são vítimas certas crianças através de acções ou omissões dos adultos que delas cuidam, é tema de investigações e conceptualizações desde há pelo menos meio século (Bowlby, 1969; Burlingham & Freud, 1944; Spitz, 1946). Os trabalhos de campo têm estudado, entre muitos outros, a importância de uma boa vinculação na vida da criança, as possíveis consequências psicológicas de situações de violência, não controláveis, vindas de entes "queridos" de quem a criança depende totalmente ou o efeito, a curto e a longo prazo, da separação e da perda (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987).

As crianças que vivem estas difíceis situações são descritas como tendo menos possibilidades de atingir um desenvolvimento físico e

psicológico normal, já que as figuras parentais, não só não dão à criança a protecção, satisfação, de necessidades e bem-estar psicológico, emocional e físico, como nalguns destes casos infringem sobre ela dor, desconforto e privação (Browne & Finklehor, 1986).

A maioria dos autores que identificaram as características das crianças abusadas ou negligenciadas tem considerado a depressão (com sintomas típicos de tristeza, apatia, auto-estima baixa, estilos atribucionais disfuncionais, desesperança, desinteresse, culpa, isolamento, problemas de sono e alimentação e comportamento auto-destrutivo), associada, por vezes, a sentimentos de medo, vergonha e zanga e a comportamentos de hostilidade, fuga e delinquência, como uma das respostas frequentes que as crianças apresentam à privação ou à violência vinda dos pais (Dean, 1984; Fraley, 1984; Franzraich & Steiner, 1980; Green, 1993). O desânimo, a impotência, o desespero, a frustração, a incapacidade de retaliação ou de fuga, ao que parece sentidos pela criança que vive estas situações, são possíveis vulnerabilizantes para a depressão, levando a criança a desenvolver comportamentos que interferirão com o futuro estabelecimento de relações sociais (Green, 1993). Contudo, o abuso parece não ter uma relação exclusiva com a depressão, podendo vir a desencadear disfunções psicológicas de tipo mais exteriorizado, como o distúrbio de conduta (Kashani et al., 1987).

Os estudos sobre a vinculação têm auxiliado na percepção das influências deste tipo de experiências de vida. As novas perspectivas, advogando um carácter mais plástico e mais interactivo da vinculação, mostraram que o papel da mãe pode ser menos crítico e que um comportamento estável e responsivo de qualquer adulto pode reduzir o impacto de relações menos harmoniosas com a mãe. No entanto, não deixa

de se supor que uma vinculação segura (entendida num sentido de mútua reciprocidade mãe-bébé) pode ter um valor protectorio para o desenvolvimento futuro, enquanto que a sua ausência pode possuir um valor de risco para défices futuros como a depressão. As discontinuidades até hoje encontradas neste processo não permitem, contudo, predições válidas de quem, quando e como, face a uma má experiência vinculativa, irá desenvolver depressão ou outro tipo de perturbação psicológica (Weitzman et al., 1986).

Algumas teorias sugerem que os estilos parentais dos pais que abusam diferem em vários aspectos daqueles que não maltratam os seus filhos. Para os autores que as defendem, as características daqueles pais indicam baixos níveis de afecto, de interacção e de resposta emocional, maior inconsistência na disciplina imposta, maior uso de ordens e mais técnicas de controle (mal sucedidas) centradas no poder; em simultâneo, os pais que maltratam parecem possuir estilos cognitivos distorcidos, atribuindo à criança propósitos nos comportamentos que consideram desagradáveis e desafiadores do seu poder (Ledingham & Crombie, 1988). Todos estes factores parecem ter um carácter de risco para a depressão nos filhos e serem estimulantes de comportamentos de desobediência, típicos das crianças abusadas (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; Walters & Hall, 1986).

O estudo das díadas criança-mãe, atento a possíveis factores bidireccionais nestes processos de abuso e negligência, mostrou padrões de comunicação afectiva distorcidos, que contribuem para manter as situações de rejeição e maus-tratos. Os dois intervenientes encontram-se presos numa espiral de interacções mutuamente negativa, na qual a mãe não desempenha comportamentos afectivos positivos na interacção com a criança.

e esta lhe responde também com afecto e comportamentos negativos o que, por sua vez, provoca na mãe menos envolvimento e mais frieza, levando a mais rejeição ou abuso. Nesta mesma linha, a investigação demonstrou a existência de algumas variáveis que caracterizam muitas das crianças abusadas: (baixo peso à nascença, hiperactividade, impulsividade, desobediência e agressividade), variáveis que parecem torná-las mais difíceis e impõem maiores exigências por parte dos progenitores, o que confirma, de novo, a possibilidade de uma relação bi-unívoca entre os factores em jogo (Ledingham & Crombie, 1988). Em todos os casos, para além do efeito directo da violência física ou sexual, da negligência ou do abandono, como possíveis desencadeadores de depressão nas crianças, parece, estar presente, no impacto da situação, a disfuncionalidade de relação criança-pais (Ledingham & Crombie, 1988).

Depressão nos filhos e depressão nos pais ¹³⁴

Se os anteriores casos apontam para efeitos directos da vivência de acontecimentos negativos na vida das crianças e dos adolescentes que vêm a manifestar depressão e dos elevados níveis de conflitos nas suas famílias, esta rubrica centra-se sobre efeitos mais indirectos no desencadeamento da depressão infanto-juvenil (Miller, Birnbaum & Durbin, 1990). Esse efeito indirecto provém do facto da criança pertencer a uma família em que um, ou ambos, os progenitores estão depressivos (quer apenas com humor depressivo, quer com um diagnóstico clínico de distúrbio), o que parece colocá-la em risco para ela própria desenvolver depressão (Beardslee et al., 1983; Lefkowitz & Tessiny, 1985; Orvaschel, 1983; Orvaschel et al., 1980; Seligman et al., 1984)¹³⁵.

A relação entre a depressão nos filhos e a depressão nos pais tem-se manifestado na incidência elevada de depressão entre os filhos dos adultos depressivos, com ou sem vivência concomitante de elevados níveis de stress, e em disfunções nos padrões de interacção das famílias com pais depressivos, em particular nos estilos educativos (Miller, Birbaum & Durbin, 1990). Estes dados, associados ao facto de que quanto mais grave é a depressão nos pais, mais provável é o diagnóstico nos filhos (Kashani et al., 1987), deram lugar a um número diversificado de interpretações para o fenómeno, que podem ser agrupadas em modelos biológicos, de aprendizagem, de regulação múltipla e de causalidade multivariada.

Os estudos de pendor mais biológico, em busca de evidência de

¹³⁴ Muitos dos estudos neste domínio partem de amostras de filhos de deprimidos, as chamadas amostras de alto risco, definidas na base da psicopatologia parental. Estes estudos, no entanto, não são representativos, dado que a maioria dos sujeitos que desenvolvem distúrbios depressivos não têm pais mentalmente perturbados com depressão clínica.

¹³⁵ Há dados percentuais que apontam valores entre 10 e 33% (Weissman et al., 1984).

transmissão de tipo genético, mostraram que os bebés recém-nascidos, filhos de mães que estiveram depressivas durante o puerpério, evidenciam perturbações emocionais e comportamentais desde o nascimento, nas quais se incluem actividade reduzida, menos responsividade social, afecto negativo durante as brincadeiras com a mãe e baixos níveis de stress durante a separação da mãe e que estes estilos de interacção depressiva se mostram relativamente estáveis, persistentes e generalizáveis (Field, 1992; Cohn et al., 1986). Apoiando-se na maior sensibilidade dos indicadores biológicos, foi também demonstrada uma assimetria no funcionamento cerebral, em particular a existência de diferenciações a nível frontal na actividade dos dois hemisférios em filhos de mães sintomáticas e não sintomáticas, mesmo quando não se verificavam diferenças a nível comportamental (Tronick & Gianino, 1986).

Um outro grupo de estudos tentou confirmar a possibilidade de que a evidente relação entre depressão maternal e depressão nos filhos se devesse à réplica ou mímica de comportamentos por imitação do modelo maternal (Dawson, Klinger, Panagiotides, Spieker & Frey, 1992), levando as crianças a aprenderem os sintomas depressivos como a forma de encarar e reagir à vida. Alguns estudos demonstram que nos primeiros dois anos de vida a criança manifesta já desajustamentos no desenvolvimento social e emocional, evidenciando problemas na regulação do afecto, no lidar com situações provocadoras de stress e na frequência de reacções agressivas despropositadas. Estas disfunções vão manter-se nos anos que se seguem, sendo a resolução de conflitos e a regulação emocional as duas áreas sobre as quais estas crianças mostram menos competências (Zahn-Waxler et al., 1988).

Um terceiro modelo, designado de "regulação mútua", tem

mostrado como a incapacidade da mãe depressiva em responder apropriadamente aos sinais emocionais do seu filho induz a uma interacção pouco coordenada entre ambos e levará a um afecto negativo por parte da criança. Ainda que a criança pareça persistir, durante algum tempo, na tentativa de reparar a interacção, os sucessivos insucessos levá-la-ão a enveredar por comportamentos auto-regulatórios para 'fazer' frente ao afecto negativo, voltando-se para dentro, num estilo auto-dirigido de regulação emocional, em particular de afecto negativo (Tronick, 1989; Tronick & Gianino, 1986). A atestar esta hipótese, Tronick verificou que as mães depressivas manifestam menos atenção e olhares para os seus filhos, estão mais zangadas, tristes e irritáveis e interferem mais nos objectivos que o seu bebé deseja alcançar. Estas variáveis vão, desde o primeiro momento, influenciar a forma como o bebé atinge os seus objectivos, vivencia as suas experiências e, globalmente, se desenvolve, aspectos visíveis no seu comportamento menos activo, mais rezingão e com menos expansão emocional positiva (Cummings & Cicchetti, 1990; Tronick, 1989).

Finalmente, a perspectiva de causalidade multivariada colocou a hipótese de que o diagnóstico parental seja um preditor menos importante do comportamento da criança, do que os factores de meio e os factores intrapessoais concomitantes com a essa depressão parental (Sameroff et al., 1982).

O tipo de comportamentos educativos, de disponibilidade e atitudes que os progenitores depressivos manifestam face aos seus filhos (avaliação e expectativas mais negativas e exageradas; menor tolerância, maior irritabilidade, maior preocupação, menor envolvimento emocional, maior frieza, rejeição, crítica, abuso e distanciamento, maior desorganização, maiores níveis de conflito, menor atenção e maior

sensibilidade e ressentimento face aos comportamentos da criança (Billings & Moss, 1983) parecem ser dos factores mediadores mais relevantes nesta relação entre depressão nos pais e nos filhos. Os padrões de relação em jogo poderão ser interiorizados pelas crianças e incorporados nas representações mentais ou nos esquemas cognitivos relativos às relações entre as pessoas, criando vulnerabilidades para futura depressão (Blatt & Homann, 1992). A interação destes esquemas com as experiências psicológicas e com os acontecimentos de vida precipitarão o surgimento da depressão nos mais novos (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1984a e b).

Supõe-se que nos estudos empíricos estão frequentemente misturadas a história de depressão dos pais (primeiro episódio ou repetição), as características e gravidade dos actuais sintomas (simplex ou humor depressivo transitório ou distúrbio com graves limitações no funcionamento) e os *stresses* de vida por eles vividos (por exemplo desemprego e baixa de estatuto social dos progenitores (Orvaschel, 1983)), todos eles implicando, ao que parece, diferentes impactos na adaptação dos filhos. A importância do seu controlo metodológico e das suas implicações práticas tem vindo a ser defendida como essencial para perceber o fenómeno (Orvaschel, 1983).

Todos estes aspectos concorrem para a noção de que o estatuto diagnóstico dos pais não seja, por si só e quando isolado, um factor de risco para a depressão nos filhos, podendo esta surgir ou não, em função de variáveis concomitantes, de novo internas e externas ao sujeito e à sua relação com o contexto social.

Em resumo, poucas dúvidas subsistem de que os filhos de adultos com depressão têm, de facto, uma maior probabilidade de desenvolverem uma perturbação de tipo depressivo, quando comparados com crianças cujos pais não têm depressão.

pais não sofram de perturbação psicológica (Kashani et al., 1987), mas ainda existem muitas incertezas quanto aos mecanismos envolvidos e à magnitude dos riscos.

Apesar de esta ser uma área em que se evidenciam inúmeros estudos empíricos, estão por responder as questões quanto ao papel da hereditariedade e do ambiente social nesta relação, parecendo muitos dos autores e alguns dos dados apontar, cada vez mais, para um jogo interactivo entre ambas as forças ou dimensões ou, mais frequentemente, para que a perturbação é relacional (Cummings & Cicchetti, 1990). Os modelos actuais vieram dar progressivamente lugar a perspectivas bidireccionais, em particular a estilos interactivos que se influenciam e definem, chegando mesmo a colocar a hipótese de que a própria perturbação depressiva dos filhos possa contribuir para a depressão nos pais (Brown, Borden, Clingerman & Jenkins, 1988; Rutter et al., 1986). Em qualquer dos casos, defende-se a identificação e intervenção precoce de possíveis disfunções nos filhos, quando os pais são identificados com distúrbio deprimido (Kashani et al., 1987).

Em todas as anteriores situações se falou de perda. Essa perda, que teve sempre tanta relevância teórica no domínio da psicologia, pode surgir em diversas formas e ser desencadeada por um largo conjunto de acontecimentos de vida. Se pode provir da morte, pode também surgir na sequência da separação/divórcio, do abandono e da negligência ou do desencadeamento de uma doença psiquiátrica na mãe ou no pai (McKnew & Cytryn, 1973). O primeiro tipo de perda é total e os outros poderão ser

apenas parciais, levando a supor que os efeitos de um ou de outro tipo serão diferenciados¹³⁴. No geral, todos estes acontecimentos perturbarão o funcionamento familiar habitual, interferirão com a disponibilidade psicológica e/ou física dos pais e privarão a criança de importantes experiências protectoras para fazer face aos acontecimentos mais difíceis da vida (Miller, Birnbaum & Dublin, 1990).

Globalmente, os estudos revistos apontam no sentido de que, nalguns sujeitos e situações, é evidente uma ligação entre a perda precoce de um ou ambos os progenitores e a depressão infanto-juvenil e que essa depressão pode ser sintoma da reacção da criança à mudança na estrutura familiar. A mudança em jogo (conflito entre o casal, mudança de rotinas, perda de contacto com um dos progenitores, alteração nos papéis, nas hierarquias, nas alianças e nas fronteiras relacionais entre os membros da família; stress financeiro...) é frequentemente violenta e difícil de acompanhar.

Vimos que por detrás dos desacordos nas evidências empíricas se encontrarão, a par de problemas metodológicos (de definição, de medição, de design, de controle de variáveis, etc., Erickson, 1993), um sem número de variáveis que interferirão com a adaptação ou inadaptção subsequente à experiência da perda. Algumas dessas variáveis englobam características particulares dos sujeitos envolvidos (em especial as capacidades cognitivas e emocionais da criança e o significado que dá aos acontecimentos), outras advêm da natureza da interacção entre a criança e os seus progenitores (ou figura de vinculação) antes, durante e após a perda e; outras ainda,

¹³⁴ Segundo Tennant (1988) e Wallerstein (1985) as diferenças começam por ser na incidência deste tipo de problemas, já que apenas 5 a 8% das crianças experimenta a morte de um dos progenitores enquanto que 30 a 45% vive a separação dos pais, 35% vê os pais voltarem a casar e 20% viverá ainda a experiência de um segundo divórcio nos pais.

procedem das qualidades das próprias situações (como quando a separação ou o abandono após abuso vêm pôr fim a situações de violência familiar e implicam experiências futuras mais harmoniosas para a criança, sobretudo se vier a ter ou tiver já uma relação positiva com um dos pais ou um bom apoio social).

Em conclusão, estas situações, tão diversas, têm muito em comum e apesar das reações não serem uniformes nem homogêneas, podem levar, por vezes, a consequências semelhantes como a depressão. Em simultâneo, as situações não são negativas e nefastas em si mesmas, apesar da gravidade disfuncional a que podem dar lugar, já que, em certos casos, podem implicar melhorias na vida da criança e melhores níveis de adaptação e bem-estar. Dado que muitas crianças e pais emergem competentes após transições familiares difíceis, estes dados mostram que as adaptações futuras poderão ser bem sucedidas se houver recursos externos, entre eles serviços de aconselhamento parental e conjugal, se se evoluir para situações mais equilibradas e se internamente a criança tiver competências que lhe permitam enfrentar estas situações de risco (Hetherington, 1991; Rehm & Carter, 1990).

Depressão, doença grave e hospitalização

A ligação da depressão a situações stressantes de doença física grave e de hospitalização, tem dado lugar a poucas investigações, apesar de entre os doentes pediátricos hospitalizados a suspeita de depressão continuar a ser a justificação mais comum para os médicos referirem a criança para apoio psicológico (Olson et al., 1988, citado em Mulhern e

colaboradores, 1992).

As dificuldades e dilemas envolvidos no processo de diagnóstico da depressão nestas populações, fazendo confundir uma depressão primária com uma secundária a factores médicos e terapêuticos (por exemplo, as quimioterapias podem provocar sintomas vegetativos e comportamentais semelhantes aos da depressão) podem explicar, por ventura, algumas das incongruências empíricas. Outras explicações têm abarcado as diferenças individuais na reacção a estas experiências e as mudanças que se operaram, nos últimos anos, nas práticas hospitalares, no sentido de apoiar a criança internada (Saylor et al., 1987).

Após uma revisão de literatura sobre o impacto psicológico da hospitalização, Werry (1979, citado em Saylor et al., 1987) concluía que "A maioria dos estudos metodologicamente válidos sugere... que os efeitos a longo-prazo (da hospitalização) são pouco frequentes... mas o facto de muitas crianças passarem por essa experiência sem terem más adaptações não nos deve cegar para o facto que muitas se sentirão bastante infelizes no hospital e um pequeno grupo ficará permanentemente perturbada".

No caso concreto da depressão como resultado de hospitalização, alguns estudos apontam para ausência de relação entre estas duas variáveis. É o caso do estudo de Saylor e colegas (1988) que veio dar indícios de que o processo de hospitalização de uma criança ou adolescente, devido a doença do foro psicológico/psiquiátrico ou a doença do foro físico, não parece implicar auto-avaliações depressivas por parte dos institucionalizados. Este resultado foi confirmado nos trabalhos de Kovacs e colaboradores (1990), com crianças diabéticas e de Varni e colegas (1989), com crianças com deficiências límbicas. Outros estudos, no entanto, verificaram que a hospitalização se encontrava associada a maiores níveis

de depressão auto e hetero-avaliada (Kashani & Hakami, 1982; Mulhern et al., 1992; Worchel et al., 1988), mas nalguns deles os níveis de depressão eram bastante modestos e só se encontravam presentes nos adolescentes e não nas crianças (Kaplan, Busner, Weinhold & Lenon, 1987). Nestes casos, o nível de depressão era tanto mais elevado quanto o diagnóstico de doença havia sido feito há mais tempo ou quanto mais stressantes, difíceis e dolorosos eram os procedimentos médicos e os sintomas físicos durante a hospitalização (Saylor et al., 1987).

Mulhern e colegas (1992) apresentam um conjunto possível de dimensões de risco e de protecção para o surgimento da depressão infantil na sequência de uma hospitalização: no primeiro caso, referem o tamanho do período de internamento ou o número de hospitalizações, a gravidade dos sintomas físicos que provocaram o internamento e a presença de depressão maternal concomitante; no segundo, relatam o estatuto socio-económico elevado, um maior apoio maternal e social e uma maior competência social da criança.

A análise da escassa literatura auxilia-nos a compreender, mais de perto, alguns deles. Quanto ao número de hospitalizações, ele parece ser um factor a controlar, já que uma única hospitalização por um período inferior a uma semana, parece não produzir efeitos nefastos na adaptação psicológica da criança, mas quando a criança tem de viver duas ou mais hospitalizações, a probabilidade de risco aumenta potencialmente (Rutter, 1983). As características do sujeito, como sejam as relativas ao sexo ou à idade, também mostram ser influentes, uma vez que os rapazes aparentam ter maiores probabilidades de risco nesta situação de hospitalização (Rutter, 1983) e as crianças com menos de cinco anos também (Lavigne & Burns, 1981).

A família virá surgir, como sempre, como um factor de potencial protecção para os efeitos do acontecimento. Em qualquer das idades, o risco parece ser mais marcado se a criança provir de um meio familiar perturbado ou se as suas relações com os pais forem negativas. A depressão maternal, frequentemente associada ao internamento da criança, à falta de apoio social, a maior duração da doença da criança e a baixos níveis socio-económicos, parece ser um preditor de depressão nos filhos com doenças crónicas (Hammen, Adrian, Gordon, Burge, Jaenicke & Hiroto, 1987; Kovacs et al., 1990; Mulhern et al., 1992; Walker et al., 1989). A experiência de stress físico (relacionada com a violência sintomática ou com a violência dos procedimentos de diagnóstico ou de tratamento) parece estar associada ao mal-estar psicológico e a níveis superiores de depressão.

Em contrapartida, o apoio e presença dos pais ou figura de vinculação junto da criança durante a hospitalização, a percepção de mínimo controlo sobre a situação, a comunicação frequente, cuidadosa, honesta e adaptada entre a criança, a família e os técnicos de saúde, a preparação (que pode/deve ser dada por um psicólogo) para as dores ou implicações da doença do diagnóstico ou do tratamento e as características físicas/lúdicas do local, todos poderão concorrer para facilitar a adaptação da criança e diminuir sequelas psicológicas como a depressão (Spinneta, 1981).

1.3.3. Depressão e acontecimentos escolares difíceis

Depressão e entrada numa nova escola

Na sequência das adaptações imputáveis ao facto da criança ou adolescente entrarem numa nova escola pode surgir um problema emocional. O risco de desenvolvimento desses problemas, entre os quais a depressão, está dependente do stress associado ao conhecer professores novos, tentar entrar em novos grupos sociais e confrontar-se com ambientes físicos e institucionais novos. A aprendizagem de regras pré-estabelecidas e de rotinas é outro factor que exige adaptação. Holland, Kaplan e Davis (1974) verificaram que cerca de 30% das crianças americanas eram transferidas anualmente para novas escolas. Mesmo não conhecendo estatísticas em Portugal, crê-se que a mobilidade seja relativamente grande. Verificou-se já que, nalguns casos, esta experiência de transição resulta em rendimento escolar fraco (Felner et al., 1981), níveis de ansiedade elevados, problemas de ajustamento (Felner, 1984), como enurese ou desintegração social e mesmo em recusa escolar. Ainda que não se conheçam estudos que liguem directamente este problema à depressão, é de esperar que esta exigente experiência emocional possa estimular o aparecimento desta disfunção. Um recente estudo de Panak e de Garber (1992) vem sugerir uma interessante ligação, ao demonstrar que a interação entre acontecimentos de stress (os quais, no mesmo estudo, mostram aumentar a rejeição dos colegas) e um estilo atribucional de tipo depressivo parecem poder predizer, com segurança, um ano depois, o auto-relato de sintomas. Este estudo, apontando, mais uma vez, para a complexidade das ligações em jogo, confirma dados de outros anteriores

(Peterson, Mullins & Ridley-Johnson, 1985) e mostra como o próprio facto da criança que é nova na escola estar a viver um acontecimento stressante, pode levar os seus colegas a afastarem-se de si, contrariando o movimento de integração desejado e colocando a criança num ciclo vicioso.

Se eu morrer muito novo, digam isto:

Nunca fui senão uma criança que brincava. {...}

Uma vez amei, julguei que me amariam,

Mas não fui amado.

Não fui amado pela única grande razão -

Porque não tinha que ser.

Consoltei-me saltando ao sol e à chuva,

E sentando-me outra vez à porta de casa.

Os campos, afinal, não são tão verdes para os que são
amados

Como para os que o não são.

Sentir é estar distraído.

Quando vier a Primavera,

Se eu já estiver morto,

As flores florirão da mesma maneira

E as árvores não serão menos verdes que na Primavera
passada.

A realidade não precisa de mim.

Sinto uma alegria enorme ao pensar que a minha morte
não tem importância nenhuma {...}

Alberto Casais, Poemas

Obras completas de Fernando Pessoa

1. 5. DEPRESSÃO E SUICÍDIO

1.8.1. Definição dos vários tipos de comportamento suicida

O recente aumento na frequência de suicídios em crianças e adolescentes, patente nas estatísticas de muitos dos países industrializados (Pfeffer, 1974; 1981; 1986; Masson & Collard, 1987; Nelson, Farberow & Litman, 1988; Sampaio, 1985; Smith & Crawford, 1986), incentivou a comunidade científica a aprofundar este dramático problema.

Só dificilmente os estudiosos do tema têm conseguido dados isomorfos e acordos conceptuais, já que se vêm confrontados com um problema muito gravoso nas suas consequências, visivelmente complexo, multi-determinado, padecendo de inúmeras chagas conceptuais e de pesados entraves metodológicos.

A par destas limitações, que são atribuíveis a investigações pouco frequentes e metodologicamente limitadas, encontra-se uma outra agravante desmotivadora do trabalho empírico nesta área: a do mal-estar emocional que pode advir, para o próprio investigador, quer da exploração e aprofundamento de situações de pós-suicídio junto de famílias, amigos e professores, quer do trabalho com uma população tão vulnerável e imprevisível como é a dos suicidas. Os dilemas éticos são frequentes, quantas vezes colocando o investigador e o clínico em situações preclitantes e difíceis.

O suicídio é entendido, frequentemente, como a reacção a uma necessidade desesperada de mudança. Para alguns, ele é considerado como o último recurso para provocar mudanças num contexto social insuportável

(Hawton, 1986; Patros & Shamos, 1989). Para outros, corresponde igualmente a uma mudança, não já a um nível exterior ao sujeito, mas sim a nível intra-psíquico, dadas as percepções negativas interiorizadas intoleráveis que o sujeito tem de si próprio (Pfeffer, 1981a).

A ideia de escape de uma situação que se não suporta está também quase sempre presente nas interpretações sobre o fenómeno, quer estejam subjacentes visões manipulatórias do comportamento, visões punitivas do próprio ou de outrem, perspectivas de chamada de atenção para ganhar amor ou, ainda, formas de desambaenhar os outros significativos de um ser que se auto-avalia como um fardo para aqueles que ama (Hawton, 1986; Patros & Shamos, 1989). A morte é assim vivida como uma escolha (Pfeffer, 1981a), tantas vezes a única coisa que o sujeito sente que consegue controlar na sua vida. Frequentemente, o sentimento envolvido é ambivalente, já que a pessoa deseja viver, mas viver é demasiado doloroso (Hawton, 1986; Patros & Shamos, 1989).

Analisemos um pouco em detalhe os problemas experimentados pelo estudo teórico e empírico do suicídio. Em qualquer faixa etária ele enfrenta dois tipos básicos de dificuldade: (1) o da definição do próprio conceito, com a consequente determinação dos critérios a usar para distinguir, por um lado, entre acidente e auto-destruição intencional e, por outro, entre real desejo de morte ou chamada de atenção e (2) o das formas avaliativas estandardizadas a utilizar para aprofundar o problema, dado que se confronta com uma situação infiltrada por estigmas familiares, sociais, culturais e religiosos, com uma frequência relativamente baixa e com uma população marcada pela mortalidade (que, neste particular, não é apenas experimental). Estes factores têm limitado abertamente a

capacidade de identificar o sujeito suicida e de predizer, prevenir e tratar o comportamento suicidiário.

A partida, a literatura começa por, quantas vezes, entrelaçar ou sobrepôr, sem distinguir, quatro importantes tipos de comportamentos: as **ideias** suicidas, as **ameaças** verbais de suicídio, as **tentativas suicidiárias concretas não conseguidas** e as **tentativas suicidas completadas com sucesso**.¹²⁷ Na maioria dos estudos, o grupo das pessoas que se matam é frequentemente estudado em associação com o grupo dos que cometem actos de auto-destruição, mas que não morrem na sequência desses actos, sendo abordados como se se tratasse de um único grupo. Muita da literatura explora as ideias, ameaças e tentativas de suicídio em conjunto, descrevendo e pesquisando sobre um sujeito global, hipoteticamente homogêneo, a que chama suicida (Hawton & Osborn, 1984).

Para compreendermos a extensão dos possíveis dados erróneos extraídos dos estudos que não estabelecem diferenças entre estas populações, é de salientar que os pressupostos e as implicações de cada um deste tipo de comportamentos parecem ser bem distintas e que as estatísticas demonstram epidemiologias e fenomologias não coincidentes, com uma progressão de incidência nestes diversos grupos. Assim, um maior número de sujeitos pensa em matar-se, um número um pouco menor fala disso aos outros, um número ainda inferior ¹²⁸ concretiza um acto suicida

¹²⁷ Suicídio surge aqui definido como "comportamento auto-destrutivo que tem como intenção fazer mal a si próprio ou causar a própria morte" (Pfeffer, 1986, p.14) ou, tal como em Vaz Serra (1971), o suicídio é entendido como um acto de auto-destruição, atingido através de uma acção deliberada. Indivíduos com ideação suicida são aqueles que têm desejos e planos de cometer suicídio, mas nunca o tentaram (Beck et al., 1972). Quando um sujeito desenvolve propositadamente acções potencialmente letais sobre si mesmo e obtém, como consequência, a morte, diz-se que realizou uma tentativa de suicídio com sucesso. Quando essas acções não chegam a resultar em morte, fala-se de tentativa não sucedida de suicídio.

¹²⁸ Talvez porque existam muito poucos dados estatísticos fiáveis entre o nascimento e os 14 anos (Patris & Shamoos, 1989), nota-se na literatura a quase ausência de estudos sobre o suicídio nas idades pré-púberes (Shaffer, 1981). Tal levou a que a maioria dos trabalhos e dados existentes tenham abrangido, globalmente, as crianças com mais de 10 anos (Barracough, 1987) e, de forma particular, as maiores de 15 (Nelson et al., 1988).

sem sucesso e um número ainda mais reduzido realiza o acto, atingindo um resultado mortal (Robbins & Alessi, 1985). Mais importante ainda, a par de algumas semelhanças, parecem existir diferenças comportamentais óbvias entre os jovens sujeitos que concretizam o acto suicida (mais orientados para a acção, com mais problemas a nível interaccional) e aqueles que apenas o planeiam (mais interiorizados, com mais concentração a nível dos seus pensamentos e sentimentos e com mais antecipações negativas) (Hawton & Osborn, 1984; Smith & Crawford, 1986).

Em termos de caracterização dos tipos de comportamentos envolvidos e da forma de os conceptualizar (e face à óbvia necessidade de clarificar e organizar os dados empíricos), podem ainda ser perspectivados outros tipos de categorias ou grupos.

Uma dessas tipologias é baseada na intenção que (aparentemente) motiva o comportamento e que é inferida pelo profissional de saúde mental, a qual envolve duas categorias: a dos indivíduos que realizam um **gesto suicida** (definido como um grito de ajuda, pouco ou moderadamente grave) e a dos sujeitos que realizam **sérias tentativas** de suicídio (Chung et al., 1987).

O tipo de metodologia empregue tem também dado azo a diferenciações, em particular a que separa os sujeitos que empregam métodos relacionados com envenenamento (ingestão de medicamentos, de produtos tóxicos, etc., considerados **métodos passivos**)¹³⁹ daqueles que empregam métodos de tipo auto-mutilatório (corte dos punhos, enforcamento, saltar de um andar alto, uso de arma de fogo... entendidos

¹³⁹ Um estudo realizado em Portugal, com 52 adolescentes que haviam realizado tentativa de suicídio, mostrou que o método mais frequentemente utilizado foi um método passivo, em particular a intoxicação medicamentosa (Sampaio, 1983).

estes como **métodos activos**).

O grau de gravidade ou intensidade da intenção suicida tem ainda surgido como uma outra forma de classificar os comportamentos suicidas. Têm assim sido encontrados, de novo, dois grupos possíveis: os que possuem uma **intenção suicida baixa** e os que possuem uma **intenção suicida alta**. Este critério tem talvez sido um dos mais difíceis de avaliar e, consequentemente, um dos menos estudados e dos mais controversos (Hawton & Osborn, 1984; Sampaio, 1985).

Alguns estudos verificaram que os suicidiários com intenção suicida baixa tendem a ter por perto, no momento da tentativa, alguém que assegure a sua descoberta e lhes dê o apoio necessário, impedindo a morte. No entanto, o facto do jovem realizar a tentativa de suicídio em casa, tendo familiares nas proximidades, pode precisamente levar a que essa tentativa assuma proporções de média ou elevada gravidade (Sampaio, 1985). Por outro lado, as acções suicidas envolvendo grande planeamento e preparação (ensaio cognitivo), em contraponto com as que são impulsivas, tendem a ter um nível intencional elevado e a estar associadas a uma fase de vida difícil, a qual activa o acto, já estudado e elaborado na mente do suicida. Estes factores, em conjunto, levam à concretização da acção mortal auto-infligida (Sampaio, 1985).

Uma outra diferenciação que tem surgido na literatura, está patente no tipo de **factores imediatos considerados de precipitação e desencadeamento** do comportamento suicida, versus as **condições predisponentes** ou **factores de fundo**, que em vez de serem imediatamente tangíveis ao comportamento de auto-agressão, actuam prolongadamente ao longo do tempo (Hawton & Osborn, 1984).

A investigação tem sugerido que é possível discernir, com uma

certa acuidade, a presença de acontecimentos desencadeadores no passado próximo da tentativa de suicídio. Tais acontecimentos tendem a estar presentes nas 24 horas que precedem a acção suicida, ou nas duas semanas antecedentes (Hawton & Osborn, 1984). O tipo de acontecimento parece ser, tendencialmente, de natureza relacional, como um conflito ou ruptura na relação com pais, colegas ou namorada/o, ou a perda ou separação de alguém significativo para o sujeito (Chung et al., 1987).

1.5.2. A avaliação dos comportamentos suicidas

O tipo e número de estratégias avaliativas disponíveis para explorar aprofundadamente os comportamentos suicidas têm sido limitadas. No que diz respeito ao comportamento suicida completado com sucesso, as metodologias de natureza retrospectiva (as chamadas autópsias psicológicas) têm sido das mais utilizadas, mas são altamente deficitárias nos dados a que dão acesso. Assim, são possíveis e prováveis as inadequações das informações recolhidas, já que estas são filtradas pela memória, por emoções fortes e dolorosas, por estigmas familiares, culturais e religiosos e por construções pessoais dos informadores próximos do sujeito, os quais, não só vivenciaram o problema, como fizeram, em simultâneo, parte dele.

Muitas vezes, estes estudos apoiam-se, também, em metodologias que, em alternativa ou complementariedade com as informações dos significativos mais próximos, recorrem aos dados dos profissionais, em particular aos registos médicos ou psicológicos sobre o suicida. Tentam, a posteriori, caracterizar a sintomatologia do suicida, em especial nas áreas emocionais e cognitivas. Infelizmente, os registos destes profissionais não

são habitualmente tão completos e específicos como seria de desejar.

Quanto ao terceiro tipo de metodologia, a dos **estudos prospectivos**, infermam igualmente de grandes dificuldades, bastando, para tal, o facto do principal informador ser o próprio sujeito que realizou a tentativa de suicídio não conseguida. O seu estado emocional influenciará, seguramente, a percepção, significado e interpretação dos dados que confidenciará ao terapeuta ou investigador.

1.8.3. Incidência dos comportamentos de tipo suicida

Na sequência de todos estes limites, os **estudos de incidência** estão marcados por problemas vários, que fazem duvidar dos resultados obtidos. Como vimos, confundem ameaça de suicídio com comportamento suicida efectivado, tendem a subestimar os possíveis casos existentes e a não dar aos profissionais números reais como base de trabalho. Supõe-se que (1) limitações teórico-metodológicas (diferenças nos critérios utilizados para decidir da existência ou não de suicídio, para determinar as causas da morte, para identificar os casos e para definir o próprio comportamento suicida), (2) sociais (percepções sobre o suicídio, crenças sobre a possibilidade da sua existência nos mais novos), (3) religiosas (encarar o suicídio como um pecado mortal); legais (é considerado um crime na lei de muitos países) e (4) familiares (sentimentos avassaladores de vergonha e culpa, a par da dor da perda), contribuirão para impedir dados fiáveis quanto à incidência do comportamento suicida e para permitir comparações seguras entre diversos grupos e nações (Hawton & Osborn, 1984).

Apesar destas inconsistências, foi-se chegando a algum consenso.

Globalmente, crê-se que a frequência de **suicídio bem sucedido** tenha **aumentado** consideravelmente nas últimas décadas no seio dos **adolescentes mais velhos** (15-19 anos) e que nestas idades se tenha verificado o maior aumento percentual de suicídios (Hawton & Osborn, 1984; Sampaio, 1985; Smith & Crawford, 1986).¹⁴⁰ Tal incremento levou a que a frequência de pensamentos e acções suicidas nesta faixa etária viesse a surgir como a diferença mais marcante entre a depressão adulta e a depressão adolescente.

A incidência nas **crianças e nos adolescentes mais novos** não acompanhou o ritmo acelerado desta subida. Abaixo dos 5 anos quase não há relatos de suicídio e entre os 5 e os 10 anos aparece apenas "uma mão cheia deles" (Hawton & Osborn, 1984 p.64). Ainda assim, os estudos epidemiológicos fizeram sobressair que as ameaças e a ideação suicida são muito mais frequentes do que era esperado nas crianças mais novas e que as **tentativas de suicídio** continuam a ser **raras abaixo dos 12 anos** e, depois disso, aumentam rapidamente (Schaffer, 1974).¹⁴¹ Quando se estudam amostras clínicas, o suicídio aparece com mais frequência, em particular em populações de jovens depressivos (Carlson e Cantwell, 1982; Pfeffer et al., 1979).¹⁴²

¹⁴⁰ Nos E.U.A. o suicídio aparece, nos últimos anos, como a 2ª ou 3ª causa de morte ao nível da adolescência (Ackerman, 1993; Sokoloff & Lubin, 1983).

¹⁴¹ Têm surgido algumas especulações relativas às razões que subjazem à maior frequência de tentativas de suicídio nas raparigas. Uma das razões apontadas é a maior precocidade na maturação física e cognitiva, levando a maior probabilidade de rupturas afectivas precoces. O facto de se encontrarem bastantes jovens esposas entre as suicidiárias faz supor que as adolescentes, pretendendo fugir de famílias abusivas, caem em casamentos precoces e infelizes, que aumentam a probabilidade da sua desistência da vida. O tipo de método escolhido por esta população é habitualmente o envenenamento, podendo colocar-se a hipótese de esta ser uma estratégia culturalmente mais associada ao sexo feminino, tanto mais que os rapazes parecem ter formas alternativas de lidar com o stress, em particular o consumo de álcool ou os comportamentos agressivos e violentos (Schaffer, 1974).

¹⁴² Na realidade, muitos dos estudos relativos a estas idades, têm-se concentrado em amostras clínicas, levando a que pouco se saiba sobre a ideação e o comportamento suicida em amostras comunitárias "normais".

Em muitos locais do mundo, a **frequência nas tentativas sem sucesso aumentou bastante na população com mais de 12 anos**, sobretudo **nas raparigas**, apresentando actualmente um pico nos 16 anos (Hawton & Osborn, 1984). Neste grupo sexual e etário, o número de tentativas não sucedidas é largamente superior à dos suicídios completados. Por exemplo, **o grupo dos pré-adolescentes, que parece ter uma frequência relativa de ideias suicidas** (Pfeffer et al., 1984), possui, no entanto, uma **baixa incidência de actos completados** (Carlson et al., 1987).

Ao rever dados de incidência entre 1973 e 1985, presentes no World Health Statistics Annual, Barraclough (1987) reflecte sobre a relação entre a incidência de comportamento suicida em rapazes e raparigas com idades compreendidas entre os 5 e os 14 anos. Verifica que, contrariamente ao que acontecera nos países europeus durante cerca de 100 anos, em que a percentagem de suicídio em rapazes era francamente superior à de suicídio nas raparigas, a incidência nestas passa a ser, nos anos analisados, igual ou mesmo superior à dos rapazes. Curiosamente, Portugal é um dos países europeus em que esta mudança se dá de forma notória.

Sampaio (1985) encontra, no seu estudo, uma relação forte entre a gravidade da tentativa de suicídio e o sexo masculino.

Os dados relativos a análises entre os sexos neste domínio do suicídio da criança ou jovem tendem, como veremos, a demonstrar-se confusos. Certos autores, usando dados de *census* de alguns países, apontam uma clara preponderância nos adolescentes do sexo masculino (Hawton & Osborn, 1984) enquanto outros falam da ausência de diferenças estatísticas significativas a este nível, apesar da superioridade das médias das raparigas, com idades entre os 14 e os 19 anos (Workman & Beer, 1990). A confusão parece estar ao nível do tipo de comportamento em

análise, isto é, os rapazes adolescentes têm maior frequência de suicídios completados (os quais são raros nas crianças e aumentam progressivamente após o início da puberdade), na ordem de 3 a 4 vezes mais que as raparigas e estas têm uma frequência muito superior de tentativas de suicídio (a qual tem aumentado, de forma quase epidémica, nos últimos anos), na ordem de 3 a 5 vezes superior à dos rapazes. Quando se encontram diferenças a nível de sexo e de idade, elas só parecem visíveis após os 12 anos (Khan, 1987).

Têm sido apresentadas questões culturais, de método escolhido, de acesso a situações mortais e de características próprias a cada sexo e etapa de desenvolvimento, como justificações possíveis para estes dados (Pfeffer, 1981).

A reflexão realizada sobre os dados de incidência, aponta-nos algumas interessantes direcções: as mais globais, anteriormente revistas, relativas ao aumento tendencial nas percentagens de incidência do suicídio, em geral, com o avanço da idade e as diferenças entre sexos no tipo de comportamentos suicidiários (quer se trate de ideação, ameaça ou comportamento suicida¹⁰) e uma outra, mais específica, a da tendência, clara, para uma maior incidência percentual e gravidade, junto dos mesmos sujeitos, com o decorrer dos anos (Domènech, Canals & Fernández-Ballart, 1992; Kaplan, 1984; Lester, 1990; Pfeffer et al., 1984, 1988).

Com efeito, um estudo de Domènech e colegas (1992) confirma que a ideação, a ameaça e a tentativa suicidiária não são fenómenos transitórios, mas que a sua persistência temporal, com eventual

¹⁰ Apesar de amplamente difundida e defendida, esta posição não parece completamente sustentável, quando se comparam as percentagens de suicídio nas idades mais jovens, no actual momento histórico, com as do início do século, já que esta comparação mostra que, já nessa altura, os índices eram elevados (Hawton & Osborn, 1984).

agravamento, deve alertar para os cuidados a ter junto de populações escolares "normais", avaliadas como estando em risco de suicídio.

1.3.4. Etiologia do suicídio

Tem-se defendido que um vasto conjunto de factores característicos da sociedade moderna, provocando a adaptação a um mundo progressivamente mais complexo, confuso e exigente; explicarão, quer a **etiologia do suicídio**, quer o facto de um número cada vez maior de jovens pensar nele ou concretizá-lo (Hawton & Osborn, 1984). O aumento dos níveis de violência e de insegurança, a maior exigência e competição a nível educativo e profissional, as dificuldades de aprendizagem, o maior acesso e uso de produtos provocadores de habituação, a maior pressão de colegas, o aumento de incidência de divórcio, desorganização e separação na família de origem, o aumento do abuso sexual e a ameaça a nível das doenças sexualmente transmitidas, são apenas alguns dos factores que se pressupõem afectarem as crianças e adolescentes de hoje. (Clap, 1988; Hawton, 1986; Leenaars & Wenckstern, 1991; Patros & Shamoo, 1989).

Inúmeros autores evidenciam a complexidade de situações que podem levar as crianças ou os jovens a envolverem-se, ideal ou concretamente, em comportamento auto-destruidor (Klerman, 1986; Mishne, 1986). Diversas especulações têm tentado descrever as razões que lhe estão subjacentes, incapazes ainda de confirmar, ou de por si só explicar, as ligações existentes (Hawton & Osborn, 1984).

Entre os problemas que têm sido apontados como factores de risco para o comportamento suicida encontram-se (1) as dificuldades de relação e patologia na comunicação com os pais (quer a nível verbal, quer

não verbal); (2) os problemas escolares (rendimento escolar e relação com professores); (3) o isolamento relacional do próprio e da família; (4) o *stress*; (5) a auto-estima baixa; (6) perturbações cognitivas como o desespero aprendido ou as dificuldades ou défices na resolução de problemas; (7) a instabilidade familiar entendida como abuso físico e sexual, rejeição, negligência, conflito, violência e separação ou divórcio dos pais; (8) os problemas de saúde física ou mental (em especial distúrbios psiquiátricos e muito particularmente a depressão) em si mesmo ou em familiares; (9) a toxicodependência, em si ou noutros membros da família; (10) as dificuldades, conflitos, violência, rejeição e/ou isolamento na relação com colegas e, em particular na adolescência, nas relações de natureza heterossexual; e, finalmente, (11) a perda por morte (suicídio ou não) ou por separação de alguém fundamental na família ou no grupo social de apoio" (Hawton et al., 1982; Husain & Vandiver, 1984; Nelson, Politano, Finch, Wendel and Mayhall, 1987; Kosky, Silburn & Zubrick, 1986).

A natureza da relação destes factores com o suicídio tem sido investigada num largo conjunto de estudos, que começa agora a apontar alguns caminhos.

Uma importante questão que tem sido levantada neste domínio dos factores de risco para o comportamento suicida tem sido a da especificidade ou não especificidade destes factores enquanto variáveis de risco exclusivas desta temática (Spirito et al., 1987). O facto de todos estes problemas se encontrarem também presentes na literatura sobre depressão

¹⁴⁴ A presença do suicídio nos familiares dos jovens suicidas tem caminhado na encruzilhada da dúvida entre as razões biológicas (de hereditariedade e predisposição genética) e as razões de aprendizagem social (modelagem e reforço de comportamentos). A história de suicídio na família parece ser, em qualquer dos casos, um importante factor de risco a ter em conta.

(ou dificuldades emocionais gerais) com crianças e adolescentes, enquanto factores concomitantes (e, por vezes, na voz de alguns autores, enquanto factores explicativos) dessa mesma depressão e de não serem, em si mesmos, diferenciadores dos grupos, parece indicar, por um lado, que estas duas entidades clínicas estão envolvidas numa constelação semelhante de situações potencialmente patológicas e, por outro, que não há uma causalidade linear entre essas situações e qualquer das duas entidades em jogo (Spirito et al., 1987). Creio que esta coincidência também justifica, de alguma maneira, a forma circular e pouco diferenciadora usada pelos autores para explicar a relação entre suicídio e depressão antes da vida adulta e que ela reafirma a complexidade das relações em jogo, não deixando de sublinhar, claramente, a proximidade entre os dois fenómenos (Carlson & Cantwell, 1982).¹⁴⁵

A tendência, consoante a orientação teórica, para (1) "culpar" o próprio sujeito do seu comportamento suicida (perspectivando a etiologia de forma interiorizada, enquanto disfuncionalidade individual), (2) para "culpar" os familiares (olhando essencialmente para a psicopatologia parental, para o conflito interno, ou para os estilos educativos como factores causais) ou (3) negar esta dicotomia (defendendo a perturbação do sistema relacional e descrevendo a função homeostática do suicídio) tem marcado a orientação dos guiões dos estudos empíricos. É de sublinhar, no entanto, perspectivas recentes mais holísticas e, portanto, potencialmente com maior capacidade para interpretar este complexo fenómeno, que

¹⁴⁵ Em que medida, por exemplo, é que a separação dos pais - factor que se tem demonstrado importante nos suicidários jovens - é própria e específica a esta população? Talvez a resposta esteja em diferenças a um nível muito particular como seja o caso do *timing* da separação. Há alguns estudos interessantes que sugerem que os suicidas sofreram a separação parental mais cedo, em particular antes dos 12 anos, abrindo um caminho novo e mais exigente ao nível de análise dos factores de risco (Hawton, 1986).

interpretam o suicídio como o resultado da confluência entre factores provenientes dos **três domínios** (depressão no suicida, más relações com os progenitores, isolamento social dos colegas e sistema familiar rígido com história de patologia, nomeadamente de suicídio noutros membros) (Sampaio, 1985).

A **nível intrapessoal**, as dificuldades psicológicas que parecem estar mais presentes nos suicidas ou potenciais suicidas são: a depressão, os sentimentos de desesperança no futuro, um estilo atribucional interno para os fracassos, a solidão emocional, as dificuldades emocionais no passado, implicando o apoio de técnicos de saúde mental, a dificuldade de *coping* com o *stress* e com os sentimentos negativos, a baixa capacidade para pensar nas consequências das suas acções, a visão negativa de si próprio e a desvalorização global ou em domínios específicos (como a aparência e a competência atlética ou escolar). As dificuldades associadas ao **nível interpessoal com colegas** parecem ser a falta de aprovação, os conflitos (pressão social), o isolamento, a má integração no grupo, os comportamentos violentos anti-sociais, os problemas escolares e o consumo de drogas. Ao **nível dos problemas interpessoais com a família** tem-se apontado dificuldades de relacionamento gerais, onde se inclui o conflito intergeracional, o conflito entre os pais, a instabilidade relacional e económica e a falta de apoio e integração social das próprias famílias (Harter, et al., 1991; Khan, 1987; Nelson, Farberow & Litman, 1988; Sampaio, 1985; Spirito et al., 1987).¹⁴⁶

¹⁴⁶ Como exemplo da defesa de variáveis sociais como explicação para o comportamento suicida merece aqui referência o artigo de Barracough (1987) que, ao procurar justificação para uma alteração nas estatísticas do suicídio juvenil em Portugal - manutenção de 6 por milhão para os rapazes e passagem de 4 para 8 por milhão para as raparigas, médias de 1973-1977 e de 1978-1982, respectivamente - apresenta a transição de regime político, com consequente mudança no contexto social, como possível inferência explicativa para os dados.

Os estudos empíricos têm abordado, essencialmente, a relação do suicídio do jovem com dois domínios: o dos problemas familiares e o das perturbações cognitivas.¹⁴⁷

Reflictamos sobre o primeiro factor. A preferência por variáveis sociais e familiares como possíveis desencadeadoras de comportamento de auto-destruição, está bem patente na literatura (Pfeffer, 1981). A escalada ou exacerbação de problemas nas relações interpessoais, a instabilidade familiar e a parentalidade inadequada, dado poderem desencadear, ao que parece, desajustamentos psicossociais crónicos (Nelson, Farberow & Litman, 1988) dos quais fazem parte, muitas vezes, dolorosos sentimentos de depressão, têm surgido como centrais nos estudos etiológicos do suicídio.

A tentativa de suicídio parece evidenciar uma função, que Sampaio (1985) dividiu em quatro tipos; dois deles - o de apelo e o de desafio - relacionam-se, predominantemente, com o seu impacto na família e deverão ser entendidos como uma forma de comunicação paradoxal, com o papel de provocar a mudanças no sistema.

A maioria dos resultados encontrados no âmbito da disfuncionalidade, na família do jovem suicida, confirma formas de funcionamento e organização perturbadas nesses grupos familiares, já que parece tratar-se de famílias caracterizáveis por um clima relacional problemático, com dificuldades visíveis na resolução de conflitos; rigidez, isolamento social, caos hierárquico e envolvendo, habitualmente, fraca estrutura, ausência de fronteiras entre as gerações, conflito grave entre o

¹⁴⁷ No entanto, nestes dois domínios estão implicados dois níveis diferenciados: no domínio relativo às perturbações familiares, estamos face a uma causa directa antecedente do problema, enquanto no relativo aos processos cognitivos temos, em simultâneo, uma possível causa directa - uma forma de *coping* com as situações de vida difíceis - e um estado emocional e cognitivo, portanto uma causa indirecta, de segundo grau ou um mediador (Harter et al., 1991).

casal, disciplina ineficaz e inconsistência nas práticas parentais, bem como elementos com sintomas somáticos e psíquicos, em especial depressivos, alcoólicos e suicidiários. (Masson & Collard, 1987; Pfeffer, 1981).¹⁴⁸

A má relação do suicida com a figura materna (auto-percepcionada como uma pessoa distante e autoritária) foi já vista como importante para este processo (Sampaio, 1985). Este mesmo autor verifica, na população portuguesa, que as famílias dos adolescentes suicidas se caracterizam por rigidez, dificuldades comunicacionais e conflitos.

Relações intra-familiares hostis e severas, a ponto de perturbação são, segundo Kosky e colegas (1986), o melhor preditor da ideação suicida em crianças depressivas. Esta conclusão, proveniente da investigação que efectuaram, mostrava-se independente do estatuto conjugal dos pais, parecendo aos autores poder ser considerado o factor etiológico mais importante no processo, por provocar, segundo eles, níveis insuportáveis de stress emocional. Neste mesmo estudo, as relações com colegas, com professores e o comportamento social, em geral, não eram preditores da ideação suicida na amostra de crianças depressivas estudada.

Também foi encontrada uma forte ligação entre as tentativas de suicídio nas crianças e as percepções de baixo apoio familiar (Asarnow & Carlson, 1988).

1.5.8. Relações entre depressão e suicídio

O factor **cognitivo** tem sido o segundo empiricamente mais

¹⁴⁸ Apesar de apresentarem dados conflitantes (Chung et al., 1987; Spirito et al., 1987), as estatísticas relativas às tentativas de suicídio nestas idades sugerem que uma elevada percentagem vem de lares desfeitos (Hawton & Osborn, 1984). O mesmo se passa com as tentativas de suicídio não conseguidas, que surgem associadas à separação e ausência de um ou ambos os progenitores.

estudado. Quer na forma mais geral de perturbação cognitiva, quer em formas mais específicas como o estilo cognitivo ou as distorções cognitivas. Este factor permite-nos fazer a ponte entre as ligações do suicídio com a depressão, já que, em simultâneo, tem sido utilizado como uma das explicações possíveis para o comportamento de tipo suicida e para o comportamento de tipo depressivo e tem, ainda, demonstrado poder explicar o tipo de **relação existente entre suicídio e depressão**.

É assim que o construto de desesperança (*hopelessness*) que, como já vimos, tem sido enquadrado como uma importante característica da depressão em vários pontos do ciclo de vida (Beck, 1973; Kazdin, 1984) tem igualmente sido apontado como fulcral no funcionamento dos indivíduos suicidas, já que estes, quer tenham apenas ideação suicida frequente, quer já tenham concretizado o acto, tendem a demonstrar níveis elevados de desesperança (Kazdin, 1984; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987¹⁴⁹). As expectativas negativas quanto a si próprio e ao futuro relacionam-se, nas crianças, quer com a depressão, quer com a intenção suicida (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987).

Um interessante estudo de Carlson e de Cantwell (1982) confirma esta última asserção ao verificar que, ainda que na sua amostra de jovens, a ideação suicida aumentasse por volta da puberdade e se correlacionasse com a gravidade da depressão, as particularidades dessa ligação não eram límpidas: quando se examinava a variável "desesperança" era esta e não a depressão, quem aparecia simultaneamente associada com o comportamento

¹⁴⁹ *Hopelessness* ou desesperança, como tem sido traduzida neste trabalho, é o elo de ligação mais forte entre depressão e comportamento suicida nos adultos (Beck, Kovacs & Weissman, 1973). Já em 1973 Beck apresentava o suicídio como altamente correlacionado com sentimentos de desesperança, considerando-o uma possibilidade causal para o comportamento suicida. No entanto, alguns autores não encontraram esta ligação (Spirito et al., 1987).

e com a ideação suicida (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987).

O comportamento suicida correlaciona-se mais com a desesperança do que com a depressão, fazendo supor que a ligação entre ambos se fará, essencialmente, através daquele constructo cognitivo. Da mesma forma, um estudo de Kazdin, anteriormente citado (1984) confirma que o grau de desesperança é um melhor preditor do suicídio do que a depressão. Tal conclusão, leva este autor a defender a desesperança como um precursor ou factor de risco básico da ideação ou tentativa suicida e a apontar a sua cuidada avaliação como uma forma possível de prevenir aqueles comportamentos.¹³⁰ Esta ligação tem sido entendida, ainda, de outras formas. Por exemplo, segundo Harter e colega, existe um "composto de depressão" (composto por auto-valorização, afecto e desespero geral) que parece funcionar como mediador básico na ideação suicida (Harter & Marold, 1991).

Estas diversas questões têm tentado trazer luz sobre as ligações entre os dois fenómenos. Qual parece ser, então, o tipo de relação entre a depressão e o suicídio nas populações infanto-juvenis?

Tal como descrito em relação à literatura da depressão, as publicações científicas sobre comportamento suicida nos mais jovens sofreram uma imensa expansão nos últimos anos. Alguns autores atribuem o actual interesse demonstrado pela depressão infanto-juvenil à subida da

¹³⁰ Outros factores cognitivos têm surgido na listagem das deficiências e distorções cognitivas associadas ao suicídio. É o caso dos défices na resolução de problemas, em especial da ausência de alternativas, da rigidez nos processos de pensamento e da sobre-estimação dos seus problemas. No entanto, o seu estudo empírico é escasso. Um estudo empírico neste domínio que merece referência é o de Orbach e colegas (1987), que verificaram que o funcionamento cognitivo das crianças suicidas mostra que estas dão menos alternativas para problemas relacionados com a vida e a morte do que as normais e que as doentes crónicas e que este aspecto, nas crianças suicidas, se associa à atracção pela morte.

frequência do suicídio na infância e adolescência; outros, por seu lado, justificam o recente investimento científico no estudo do suicídio, pelo facto dele ser, muitas vezes, parte integrante dos critérios definidores da depressão, esta, agora, tão em moda (Domino et al., 1986/87). A interligação é frequentemente tão íntima e as confusões conceptuais tão incisivas, que o suicídio é por vezes encarado como um sintoma da depressão (Smith & Crawford, 1986) e outras vezes é a depressão que é perspectivada como um sintoma do comportamento suicidiário.¹³¹ (Robbins & Alessi, 1985).

Ambos os constructos surgem frequentemente associados na literatura (Carlson & Cantwell, 1982; Kashani et al., 1989; Pfeffer, 1986; Pfeffer et al., 1979), tendo-se demonstrado moderada e significativamente correlacionados (Kazdin, 1984; Kosky, Silburn & Zubrick, 1986). Apesar disso, é bastante evidente que o tipo e a natureza da relação que partilham está longe de já ter sido compreendida pelos profissionais de saúde mental.

Se a presença simultânea destes dois problemas parece estar relativamente consubstanciada, na fase adulta da vida (Barracough, Bunch, Nelson, & Sainsbury, 1974), não surge sempre de forma explícita no suicídio do adolescente (Garland, 1987) e é controversa nas situações de suicídio na infância (Hawton, 1986).

O debate envolvendo a análise da relação entre depressão e suicídio nas populações mais jovens apresenta, basicamente, duas limitações: a impossibilidade, face aos dados empíricos actuais, em determinar causa e efeito entre o problema da depressão e o do suicídio

¹³¹ O suicídio surge mesmo como critério validador externo do diagnóstico de Distúrbio Depressivo Maior (Robbins & Alessi, 1985)

(Johnson & Maile, 1987) e a dificuldade em equacionar o comportamento suicidiário com as progressões desenvolvimentistas inerentes, quer à depressão, quer ao conceito de morte (Shaffer, 1986).

Analisemos brevemente a primeira destas limitações. A controvérsia da **depressão enquanto factor precipitante do suicídio versus sintoma de um tipo de padrão de funcionamento da pessoa suicida** (Johnson & Maile, 1987) não tem encontrado acordo. Apesar de muitos autores apresentarem a depressão como o mais importante factor de risco no suicídio de crianças e jovens (Carlson & Cantwell, 1989; Clarizio, 1989; Harter et al., 1991; Patros & Shamoo, 1989; Pfeffer, 1986; Joan, 1986), o facto de nem todos os depressivos serem suicidas e de nem todos os suicidas serem depressivos (Carlson & Cantwell, 1982; Joan, 1986; Leenaars & Wenckstern, 1991; Pfeffer, 1988) tem prolongado o debate sobre o que é causa e o que é consequência neste processo relacional.¹³²

Tem sido confirmado que a depressão pode distinguir entre grupos suicidas e não suicidas (Leenaars & Wenckstern, 1991) e que os sintomas interiorizados, como os do humor depressivo, são mais comuns entre crianças perturbadas manifestando comportamentos suicidas, do que entre as que não manifestam este tipo de comportamentos (Bettes & Walker, 1986). No entanto, isto não esclarece, por si só, as confusões. Vejamos, por exemplo, que as inúmeras dificuldades em avaliar a sintomatologia depressiva após um acto suicida completado com sucesso tem sido um factor de forte impedimento para o esclarecimento desta

¹³² Parece que, nas crianças e adolescentes, o suicídio completado com sucesso se encontra mais relacionado com os distúrbios depressivos do que as tentativas de suicídio (Cantwell, 1983), mas a gravidade da ideação depressiva encontra-se também altamente correlacionada com a gravidade da depressão (Carlson & Cantwell, 1982; Pfeffer, 1987). Segundo estes autores, a justificação destas diferenças encontra-se no facto das tentativas de suicídio, mais do que reflectirem depressão, serem reflexo de hostilidade, raiva, chamada de atenção e manipulação, enquanto o suicídio bem sucedido ou o seu planeamento secreto estarão mais ligados à entidade depressiva.

ligação. Se parece não surpreender ninguém que os estudos tendam, consistentemente, a encontrar sintomas depressivos em jovens que tentaram, ameaçaram ou completaram suicídio (Carlson & Cantwell, 1982; Cantor, 1983; Clap, 1988; Pfeffer, 1981, 1984a; Reynolds, 1985a), os resultados descritos, essencialmente provenientes de sobreviventes do suicídio ou de estudos retrospectivos, são naturalmente limitados e parciais, tanto mais que a depressão clínica avaliada pós-acto pode ser resultante da tentativa e insucesso vividos e não lhe ser, necessariamente, antecedente ou causal, ou os dados recolhidos serem insuficientes ou deturpados na informação que possibilitam.

Para Gilead e Mulaik (1983, citado em Patros & Shamoo, 1989), as crianças e adolescentes com predisposição biológica para a depressão, tendo portanto uma história familiar neste campo, podem estar em maior risco para suicídio, quando confrontados com stress psicológico ou social.

É possível que o suicídio surja como um produto final de uma cadeia em que algumas das causas anteriormente apontadas levam o sujeito a viver depressão, a qual, por sua vez, poderá, nalguns casos, encaminhar para o comportamento suicida.

O suicídio, pelo facto de estar presente noutros tipos de desadaptações psicopatológicas que não a depressão, deverá, na perspectiva de certos investigadores, ser encarado essencialmente como um sintoma multi-determinado (Clarizio, 1989) comum a diversos tipos de diagnósticos clínicos.

Os dados não permitem clarificar quais as crianças e adolescentes que têm probabilidade de se envolver em comportamento suicida, quais os que, apesar dos mesmos riscos, desenvolvem outro tipo de desadaptação psicopatológica e quais aqueles que não chegam a apresentar nenhum

problema.

Como já antes afirmámos, a larga maioria dos estudos e dados existentes na literatura, relativos à temática do suicídio na vida infanto-juvenil, debruça-se sobre a adolescência. Esta asserção leva-nos à análise do segundo ponto.

1.5.6. Limitações desenvolvimentistas

Já atrás-referimos a relutância de alguns autores em aceitarem a existência de depressão em idades muito jovens e as ligações dessa relutância com hipotéticas incapacidades da criança em abarcar a noção de futuro. Em simultâneo, tem igualmente sido alvo de inúmeros debates o facto de muitas das crianças ditas suicidas, particularmente as mais jovens,¹⁵³ não possuírem as **capacidades cognitivas necessárias à compreensão total do conceito de morte**. Esta compreensão implica o acesso a noções de finalidade, de irreversibilidade, de inevitabilidade e de universalidade (Carlson et al., 1987, Clapp, 1988; Pfeffer et al., 1972; Stambrook & Parker, 1987).

Os resultados da investigação tendem a mostrar-se confusos e a variabilidade de dados a ser grande (Carlson et al., 1987). Alguns estudos demonstram que os jovens suicidas entre os 6 e os 12 anos percebem a morte como algo temporário e agradável, libertador de sofrimento, muito longe, portanto, da noção adulta de um desolador final sem retorno, inevitável e comum a todos os seres vivos (Pfeffer et al., 1979). Alguns autores, no entanto, verificam que a maioria das crianças de 7 anos já

¹⁵³ Há autores que nos falam de suicídio no primeiro ano de vida (Rosenthal & Rosenthal, 1984).

atingiu, globalmente, a sua compreensão (Speece & Brent, 1984). Aprofundemos, um pouco, os dados dessas investigações.

As crianças com 3 anos parecem já ter um certo entendimento sobre o problema. Definem a morte como um estado oposto ao da vida e são capazes de identificar algumas causas e efeitos simples (acidente e ausência de movimento). Entre os 3 e os 5 anos, as crianças parecem entender a morte como um "estar menos vivo" e definem-na como um lugar mágico, donde podem ver o que se passa, nomeadamente observar as consequências das suas próprias acções (Hawton, 1986). Até cerca dos 7 anos a morte é representada com um grande grau de concretização e de personificação (o sujeito pode perceber-se como a causa da morte de alguém) e considerada ainda evitável, temporária e reversível (Carlson et al, 1987; Davis, 1985). Estas asserções são consonantes com os estádios de desenvolvimento cognitivo pré-operatório e operatório, característicos, na óptica de Piaget (1926), das crianças destes níveis etários.

A consciência da morte como acontecimento final não parece desenvolver-se, portanto, senão entre os 7 e os 11 anos; estas crianças consideram-na como externa e associada à velhice. Uma compreensão total do seu significado (como final, pessoal e biológica, Poland, 1989) só surgirá após a adolescência, parecendo que a maturidade traz consigo uma maior consistência entre pensamento e acção¹³⁴ (Hawton & Osborn, 1984; Robbins & Alessi, 1985). Com efeito, as incapacidades ou limitações físicas e

¹³⁴ Smith e Crawford (1986) defendem que os que completam suicídio com sucesso habitualmente não fizeram anteriores tentativas e os que fazem tentativas não muito graves, na sua maior parte, não desejam morrer, limitando-se a usar um dos poucos meios que têm ao seu alcance para comunicar. Segundo Hawford & Osborn (1984), no entanto, 1 em cada 10 sujeitos que fizeram tentativa repeti-la-ão, sendo que os 3 meses consecutivos são os de maior perigo para reincidência. Podemos assim considerar que todos os que tentam o suicídio estão em risco potencial para futuro suicídio (Khan, 1987). Segundo Friedman e colaboradores (1987) aqueles que pensam e aqueles que tentam representam grupos que se sobrepõem, mas, dado que essa sobreposição não é completa, alguma da explicação das inconcordâncias pode ser encontrada aqui.

cognitivas têm sido igualmente apontadas como factores impeditivos no planeamento e concretização de uma auto-agressão fatal (falta de força, coordenação motora, acesso ao material, conhecimentos do carácter letal de certas substâncias, etc.), apesar de alguns autores quererem deixar bem claro que "as crianças sabem muito bem como se podem matar" (Shaffer, 1986, p. 393).

Para além dos factores etários, desenvolvimentistas e educativos, a experiência da criança (como seja o internamento hospitalar ou o estatuto clínico) influencia também, ao que parece, o espectro de compreensão da morte (Carlson et al., 1987).

O facto das crianças tenderem a ter exposição limitada ao suicídio, bem como a sua relativa incapacidade de levar a cabo um plano sistemático, com sucesso (Carlson et al., 1987) são também factores específicos a estas etapas da vida.

As imagens veiculadas pela televisão e pelo cinema, em geral, alimentam um certo valor indestrutível do indivíduo (sobretudo do "bom da fita") e não só os mesmos actores podem ser vistos, em séries diferentes, após a sua morte num filme anterior, como, pela mão da animação, as crianças assistem a actos de destruição provisória e passageira do herói, que sai sempre incólume (mesmo após ser triturado por uma máquina, ficar esticado sob um rolo de estrada ou cair de um precipício). Voltará à vida uma e outra vez e sairá sempre vencedor.

A "morte" recente do célebre super-homem, num homicídio levado a cabo pelos seus autores e promotores publicitários, desencadeou um movimento social que fez com que, meses depois, o fizessem "renascer". Que entendimento retiram as crianças, sobretudo as mais

novas, destas incessantes imagens da morte/ausência de morte?"

Se era comum, em tempos idos (e ainda o é em certos meios rurais), que a criança vivenciasse a experiência da morte de alguém significativo de uma forma próxima (o corpo do defunto ficava em casa a ser velado e era beijado uma última vez por todos) e conseqüentemente a situação da morte fosse parte integrante da vida. O que hoje acontece, sobretudo em meios citadinos, é que a criança é "protegida" da experiência da morte (os momentos finais são frequentemente vividos nas instituições hospitalares, longe de todos os familiares, os funerais são "interditos" à criança). Trata-se a morte como um *tabu* e reprimi-se à criança a sua vivência, até que a idade ou os acontecimentos de vida impossibilitem o isolamento, negação ou alienação da experiência da morte.

Os dados e conceptualizações relativos à ligação da depressão com o suicídio têm fundamentalmente alimentado um debate que não permite ter esclarecida, de momento, a natureza dessa associação nas fases pré-adultas da vida; parecem apenas permitir-nos concluir que "a depressão poderá ter um papel facilitador, mas não ser uma condição necessária nem suficiente para o comportamento suicida" (Clarizio, 1989, p:183) e que alguma forma de desesperança ou desespero, associada a auto-imagens menos positivas, poderão ser um importante factor de ligação (Harter et al., 1991; Kazdin, 1984).

¹⁵⁵ Estudos sobre a atitude das crianças em relação ao suicídio, têm demonstrado, face à complexidade e multidimensionalidade características dessa atitude, a impossibilidade de perceber o papel da Televisão na formação dessas imagens (Domino et al., 1986/87).

1.8.7. A acção a nível escolar e a prevenção

Creio poder afirmar que um dos aspectos mais relevantes a reter destes estudos se relaciona com o facto de, dada a possibilidade de uma criança ou jovem depressivo ser em simultâneo um potencial suicidiário, a **presença da depressão, por si só, dever alertar a comunidade escolar, familiar e clínica para a necessidade de intervir junto do jovem depressivo** (Withers & Kaplan, 1987). Esta estratégia enquadra-se numa perspectiva preventiva do suicídio e numa orientação defensora de grande atenção e sensibilidade à presença de depressão nos mais novos. A acentuar esta asserção, encontram-se alguns dados de investigação que fazem supor uma relação forte entre os sujeitos que pensam em matar-se e aqueles que concretizam o acto (Asarnow & Carlson, 1988; Hawton, 1986), uma relação medianamente forte entre os que ameaçam e mais tarde concretizam (Husain & Vandiver, 1984) e uma relativa probabilidade de reincidência, quantas vezes até atingirem o sucesso, naqueles que já fizeram tentativas (Asarnow & Carlson, 1988; Pfeffer, 1987; Masson & Collard, 1987; Robins & Alessi, 1985).¹⁵⁶

Em alguns dos sujeitos, que tentaram o suicídio sem o completarem e que foram avaliados em *follow-up*, verificou-se que subsistiam dificuldades aos níveis psicológico e social, meses ou anos depois (Hawton & Osborn, 1984). No entanto, estes resultados nem sempre são

¹⁵⁶ Smith e Crawford (1986) defendem que os que completam suicídio com sucesso habitualmente não fizeram anteriores tentativas e os que fazem tentativas não muito graves, na sua maior parte, não desejam morrer, limitando-se a usar um dos poucos meios que têm ao seu alcance para comunicar. Segundo Hawford & Osborn (1984), no entanto, 1 em cada 10 sujeitos que fizeram tentativa repeti-la-ão, sendo que os 3 meses consecutivos são os de maior perigo para reincidência. Podemos assim considerar que todos os que tentam o suicídio estão em risco potencial para futuro suicídio (Khan, 1987). Segundo Friedman e colaboradores (1987) aqueles que pensam e aqueles que tentam representam grupos que se sobrepõem, mas, dado que essa sobreposição não é completa, alguma da explicação das inconcordâncias pode ser encontrada aqui.

consonantes (Chung et al., 1987).

Parece existir uma elevada associação entre a gravidade e determinação auto-avaliada pelo jovem quanto à sua intenção de suicídio e a gravidade e probabilidade do comportamento suicidiário concreto (Robbins & Alessi, 1985). Contrariamente ao que parece acontecer com as crianças pré-púberes, que poderão, como já vimos, não ter as adequadas e necessárias capacidades para pensar, planejar e concretizar métodos eficazes de auto-destruição, os adolescentes que manifestam essa intenção serão, provavelmente, eficazes na sua prossecução (Robbin & Alessi, 1985). Um número significativo de sujeitos repete o acto após o insucesso, tendendo a ser elevado, a longo prazo, o risco de morte auto-infligida, em especial nos rapazes adolescentes mais velhos (Asarnow & Carlson, 1988).

O significado e o desafio do suicídio está, não só na sua importância como problema de saúde mental pública (dada a sua frequência e aumento), mas também nos devastadores efeitos que pode ter para o sujeito individual que o manifesta (Asarnow & Carlson, 1988; Carlson et al., 1987; Schaffer & Fisher, 1981).

Recentemente, surgiram diversas publicações destinadas a reduzir a incidência de suicídio nas populações escolares (Joan, 1986; Johnson & Maile, 1987; Garland & Zigler, 1993; Poland, 1989).¹³⁷ De entre os primeiros programas surgidos numa **linha preventiva ou de detecção precoce** (Patros & Shamoo, 1989), saliento os que começaram a emergir nos Estados Unidos da América para apoiar a situações de crise em instituições escolares. Alguns destes programas envolvem a aplicação

¹³⁷ Como exemplo de intervenções menos comuns, mas igualmente promissoras, cito aqui um estudo preventivo de Maine e West (1987), utilizando metodologias oriundas do modelo familiar estratégico, nomeadamente o paradoxo, o enquadramento e a prescrição de sintomas.

massiça de instrumentos avaliativos da depressão, dado que, a grande maioria deles inclui a recolha de informação sobre tendências suicidas. Consequente a essa avaliação, surge a selecção de crianças e jovens em risco de pôrem fim à sua vida. Mesmo com a possibilidade real de seleccionar um grande número de falsos positivos, a eventual gravidade da situação, ou as probabilidades em jogo, parecem justificar estas acções. O apoio clínico posterior a casos assim despistados, quer seja feito através de terapia individual (cognitivo-comportamental, tal como apresentada por Reynolds, 1985), grupal, com colegas (Pfeffer, 1986) familiar sistémica (Richman, 1986; Sampaio, 1985), ou ainda em intervenções mistas, próprias de situações de crise e envolvendo várias redes sociais (Clarizio, 1989; Pfeffer, 1987), começou a evidenciar o valor potencial deste tipo de abordagem. Apesar disso, ainda pouco se sabe sobre estes programas e há que desenvolver formas de avaliar a sua eficácia; alguns autores defendem mesmo que eles, não só não são proveitosos, como contêm aspectos potencialmente perigosos (Garland & Zigler, 1993).¹³⁹

Para a maioria dos autores, parece ser fundamental perceber e estudar os motivos subjacentes ao comportamento suicidiário e enquadrá-lo no contexto desenvolvimentista e social do sujeito (Domino et al., 1986/7). Assim, há que perspectivar o suicídio do adolescente no contexto das reacções de ajustamento ou crise deste período da vida e atender às grandes mudanças na sua vida: separação dos pais, entrada numa nova escola, insucesso escolar, etc. (Hawton & Osborn, 1984).

O peso e importância do contexto social envolvente tem estado

¹³⁹ Globalmente, são treinadas, na sua maior parte, as aptidões de comunicação, as capacidades de coping e o auto-conhecimento. A aprendizagem de formas melhores para lidar com o stress parece igualmente importante.

sempre presente nas conceptualizações propostas, defendendo a intensificação de redes de apoio a este nível, como forma de apoio formal, a par de programas educacionais para mudar as atitudes face ao tema (Nelson, Farberow & Litman, 1988). A perspectiva anteriormente defendida, relativa ao possível e necessário trabalho a desenvolver nas escolas, deve atender a que, se o comportamento social, em especial com colegas e professores, não é preditor do comportamento suicida, então as dificuldades de identificação de um potencial suicida a nível da instituição escolar complicam-se (Kosky, Silburn & Zubrick, 1986).

A validade e importância da investigação e do apoio preventivo e terapêutico nas populações escolares "normais", parece estar bem testemunhado pela elevada incidência, já encontrada, a nível de ideação e tentativas suicidas na população estudantil de alguns países, onde se inclui Portugal, onde o número de jovens que pensam ou que já tentaram pôr fim à sua vida, parece ser, nalguns estudos, bastante assustador (Smith e Crawford, 1986), e atingir gravidade média ou elevada aquando da tentativa de pôr fim à vida (Sampaio, 1985).¹⁹

Se a função da escola é a de informar e ensinar, pouco se tem feito, nesse sentido, quanto ao suicídio. Tal como acontece em relação à temática da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, a informação quanto ao suicídio é negligenciada, escondida ou mantida em silêncio, por

¹⁹ 25% dos 1286 sujeitos "normais" da 3ª classe avaliados em Valencia, Espanha, diziam já ter tido ideias de suicídio (Escrivá & Gándara, 1989). Em 240 crianças escolares do sul da Inglaterra, 4,5% de rapazes e 9,4% de raparigas admitiam ter já pensado seriamente em suicidar-se (cit. in Hawford & Osborn, 1984). Num outro estudo, este de Domino e colaboradores, (1986/7) os dados são igualmente impressionantes, já que 23% das raparigas e 22% dos rapazes, entre o 6º e 8º ano de escolaridade, afirmavam já ter pensado seriamente em matar-se e 29% das raparigas e 22% dos rapazes conheciam pessoalmente alguém que se havia suicidado. Segundo Ackerman (1993), 60% dos adolescentes que eles avaliaram conheciam outro jovem que tinha tentado suicidar-se e 6% tinha já tentado. De acordo, ainda, com Friedman e colegas (1987), dos estudantes do ensino secundário estudados, 60% já havia pensado em matar-se, 9% já tinha tentado e, desses, metade já o tentara, pelo menos, duas vezes. Menos de 50% tinha tido apoio de um profissional de saúde.

receio de que a sua menção ou conhecimento, por parte da criança ou jovem, aumentem a probabilidade da sua ocorrência (Patros & Shamoos, 1989). Alguns autores advogam que o surgimento de suicídios em grupo, ou em epidemia, em escolas ou zonas habitacionais, que acontecem com uma frequência relativa, em particular na adolescência, seriam indicadores do perigo proveniente da chamada de atenção sobre a temática, levando os sujeitos a passarem ao acto por imitação ou por moda (Hawton & Osborn, 1984).¹⁶⁰ No entanto, podemos também defender que esses suicídios sequenciais poderão reflectir desinformação e falta de apoio institucional e social, em geral, junto dos possíveis suicidiários.

A educação dos técnicos de educação e de saúde, a informação a nível dos *media*, a identificação eficiente dos jovens em risco e a intervenção de crise para os que tentaram, parecem ser acções fulcrais a desenvolver neste domínio (Garland & Zigler, 1993).

Para predizer e prevenir, não será assim suficiente o apoio na sintomatologia externa, visível, própria ao sujeito, que parece variável e pouco fiável, mas será necessário um trabalho de avaliação de comportamentos mais interiorizados e uma avaliação centrada no funcionamento familiar, olhando para interacções e *stress* na vida do sujeito (Hawton, 1986; Patros & Shamoo, 1989).

Uma importante forma de prevenir o suicídio passará por melhorar o diagnóstico e o tratamento da depressão (Hawton & Osborn, 1984), bem como pela preparação dos professores, dos médicos de família e dos médicos hospitalares, os primeiros dada a frequência de contacto com

¹⁶⁰ Como veremos mais à frente, a investigação desenvolvida no presente trabalho foi alvo directo deste tipo de atitude, já que as direcções das escolas em que se realizou o estudo empírico não permitiram, num momento inicial, a introdução de questões relativas ao suicídio nos instrumentos utilizados. Este aspecto é comum a muita da investigação em campo, apesar de parecer não ter qualquer fundamento empírico, dado as crianças, mesmo as mais novas, terem familiaridade com o suicídio (Carlson et al., 1987).

os jovens e, estes últimos, dado que recebem, em primeira mão ou em urgência, os casos de tentativas de suicídio (Sampaio, 1985).

No domínio da investigação, parece que o estudo longitudinal do problema e uma avaliação alargada das variáveis psicossociais e psicossociais parecem ser, também, metodologias, por excelência, para aumentar as capacidades preditivas da comunidade científica quanto ao suicídio (Patros & Shamoos, 1989; Spirito et al., 1987). Em simultâneo, deseja-se o aumento da eficácia (qualidade e quantidade) da comunicação entre clínicos e investigadores (Garland & Zigler, 1993).

2. COMORBIDADE: DEPRESSÃO INFANTO-JUVENIL E OUTRAS ENTIDADES PSIQUIÁTRICAS

2. 1. Depressão e distúrbios de ansiedade

A complexa relação entre depressão e ansiedade provocou, nos adultos, uma controvérsia que se arrasta há vários anos. A imensa literatura que tem alimentado esse debate encontra-se apoiada na semelhança e sobreposição frequente entre a sintomatologia das duas entidades em amostras clínicas e na probabilidade, relativamente elevada, da presença de um dos distúrbios implicar a manifestação simultânea do outro (Kovacs, 1989; Souto-Lopes, Teixeira e Teixeira, 1980; Trad, 1988).¹⁴¹ A grande confusão semântica verificada ao utilizar, em ambos os conceitos e de forma indiscriminada, os vários níveis conceptuais envolvidos (sintoma, síndrome ou distúrbio), a forma interpenetrada de coexistência e as inconsistências e insuficiências nas metodologias avaliativas, têm tornado difícil, do ponto de vista prático e teórico, diferenciar os dois constructos (Eason, Finch, Brasted, & Saylor, 1985) e determinar qual é, caso exista, a entidade primária inicial e qual a secundária (Trad, 1988).

Surgiram três modelos conceptuais para explicar a associação entre depressão e ansiedade: (1) o modelo unitário ou unidimensional, que encara ambas as entidades como extremos de um mesmo contínuo, não

¹⁴¹ Por exemplo, o DSM-III considera a ansiedade, os ataques de pânico e as fobias como aspectos associados à Depressão Maior (Kashani et al., 1987).

existindo como distúrbios separados e tendo processos psicopatológicos comuns (de forma que o diagnóstico privilegia uma ou outra, de acordo com o momento em que o sujeito é avaliado); (2) o modelo pluralista, categorial, que apresenta a ansiedade e a depressão como entidades discretas e distúrbios independentes, portanto com etiologias, sintomatologias clínicas, idade de início, resposta ao tratamento e prognóstico diferenciados; e (3) o modelo da depressão ansiosa que, ao postular uma distinção entre depressão e ansiedade "puras", sugere a existência de um terceiro tipo, que implica a presença simultânea de ambas. Este último modelo, caracterizado pela coexistência, implica uma diferenciação qualitativa e quantitativa dos problemas na sua forma pura (Stavrakaki, Vargo, Boodoosingh & Roberts, 1987).¹⁶² O DSM-III-R e o ICD (um mais utilizado nos E.U.A. e o outro mais usado na Europa) defendem diferentes posições neste domínio, já que o primeiro se posiciona dentro do modelo pluralista e o segundo dentro do modelo da coexistência (Montgomery, 1990).

Na literatura, nenhuma das explicações apresenta um apoio empírico inequívoco, quer a nível da população adulta, quer da população infanto-juvenil, o que não tem auxiliado no esclarecimento do problema. Se nas populações mais novas a depressão se tem mostrado correlacionada com a ansiedade em crianças e adolescentes de amostras clínicas (Puig-Antich, 1988) e tem surgido igualmente associada, por vezes, em jovens de populações normais (Kendall et al., 1979, citado em Jacobsen et al., 1983), as opções metodológicas não se têm mostrado muito úteis.

¹⁶² Podemos ainda supor uma quarta perspectiva, que defende que a depressão e a ansiedade não existem enquanto entidades clínicas diferenciáveis, mas sim que existe uma entidade clínica geral de mal-estar emocional, que combina os sintomas de ambas. Eason e colegas (1983) posicionam-se nesta visão. Ao verificarem a ausência de validade discriminativa na avaliação dos construtos de depressão e de ansiedade, em crianças e adolescentes, defendem que ambos os métodos mediam as mesmas características psicológicas, os quais correspondiam, segundo eles, a um desconforto emocional geral.

Habitualmente, os estudos centram-se, alternadamente, ora nas crianças depressivas, ora nas ansiosas (Kashani & Orvaschel, 1988) e só os trabalhos empíricos mais recentes, abordando amostras com a presença simultânea dos dois problemas, têm sido mais frutuosos. Vejamos os resultados de alguns estudos empíricos que pretenderam aprofundar esta ligação nas populações pré-adultas.

Stavrakaki e colegas (1987) desenvolveram um estudo com crianças e adolescentes que veio a apoiar o modelo pluralista, já que verificaram o seguinte: em contraste com as crianças ansiosas (que eram mais novas, estavam em apoio ambulatorio, encontravam-se doentes há mais de um ano, apresentavam problemas comportamentais e eram vistas como tendo poucos sintomas depressivos), as crianças depressivas eram mais velhas, tinham sido mais vezes hospitalizadas para tratamento devido à sintomatologia grave que apresentavam, tinham o presente episódio depressivo há menos de um ano, apresentavam problemas emocionais, mostravam um melhor prognóstico e tinham resultados elevados em sintomatologia depressiva, tal como avaliada por observadores exteriores. Segundo estes mesmos avaliadores, as crianças com diagnóstico de depressão manifestavam elevados níveis de ansiedade.

Na sequência destes resultados, os autores apresentam uma hipótese explicativa que postula a sequência temporal entre a ansiedade clínica e a depressão, defendendo que as crianças ansiosas se poderão transformar em adolescentes ou adultos depressivos, aspecto que alguma literatura empírica, reflectindo dados junto dos adultos, parece igualmente comprovar (Stavrakaki, Vargo, Boodoosingh & Roberts, 1987).

A fobia escolar, considerada como um tipo de ansiedade de separação (Bernstein & Garfinkel, 1986; Kovacs, 1989), tem sido um dos

domínios onde o estudo da sobreposição entre os distúrbios emocionais e os distúrbios de ansiedade mais se tem desenvolvido (Fromer, 1968). A justificação subjacente apoia-se no facto de terem sido frequentemente identificados sintomas afectivos, em particular de tipo depressivo, nas crianças com fobia escolar, levando mesmo a encarar esta última entidade como um sintoma "mascarado" da depressão (Cytryn & McKnew, 1974).

Os dados empíricos vão no sentido de que uma proporção substancial de fóbicos escolares são depressivos e já foram encontrados resultados de sobreposição de diagnósticos na ordem dos 45% (Kolvin et al, 1984) e dos 81% (Bernstein & Garfinkel, 1986).¹⁰

Neste último estudo (Bernstein & Garfinkel, 1986), realizado com o objectivo de desenvolver um trabalho empírico sobre esta temática e de a explorar junto de uma amostra de adolescentes jovens, foram encontrados resultados que poderão dar apoio ao modelo da co-existência. Os autores verificaram que, apesar das crianças com depressão descreverem ter, com frequência, sintomas de ansiedade e as que manifestavam ansiedade não se descreverem, habitualmente, como depressivas, aquelas que apresentavam sintomas de ansiedade graves apresentavam igualmente sintomatologia depressiva, parecendo indicar que os distúrbios de ansiedade profundos, como as fobias escolares crónicas, não serão clinicamente diferenciáveis da depressão. O estudo apontava ainda para o facto da gravidade da sintomatologia ansiosa poder ser a variável fundamental na compreensão deste fenómeno associativo.

Neste estudo, os sujeitos que tinham depressão tinham mais

¹⁰ A sobreposição de diagnósticos de depressão e de ansiedade, em geral, mostrou resultados semelhantes, como os do estudo de Kashani e colegas (1987) com populações normais, (em que as percentagens rondavam os 75%); os de Strauss e colaboradores, com 35%, ou de Weissman e colegas (1984) que encontraram níveis de sobreposição de 57%. Em amostras clínicas surgiram percentagens igualmente elevadas (Alessi et al., 1987).

ansiedade e os mais ansiosos, não só tinham mais sintomas depressivos, como estes eram mais graves. O grupo considerado clinicamente pior (mais sintomas, mais intensos) era o que apresentava ambos os diagnósticos.¹⁰⁴

Estes resultados e conclusões nem sempre foram apoiados, já que os efeitos mútuos da associação entre estas duas entidades se têm mostrado complexos. Por exemplo, segundo Trad (1988), a *comorbidade* da depressão e da ansiedade torna a ansiedade mais grave, mas não a depressão, aspecto que é legitimado em Kovacs e colegas (1984a), ao verificarem, empiricamente, que a presença da ansiedade não altera, necessariamente, o curso da depressão, nem do seu ressurgimento, mas que o inverso pode ser verdadeiro.

De acordo com Puig-Antich e Rabinovich (1986), a diferença básica entre crianças depressivas e ansiosas é a presença de sintomatologia depressiva e não de sintomatologia ansiosa, ou seja, quando existe sobreposição sintomática, os depressivos, além de ansiedade, demonstram depressão. É entendimento de Stravakaki e colegas (1987) que é a gravidade da depressão quem melhor discrimina entre os dois grupos.

Diversos autores postularam que a associação entre depressão e ansiedade possa ser dependente da idade, já que, nas populações estudadas, parece ser mais comum nos mais velhos (Bershtein & Garfinkel, 1986; Kashani et al., 1987; Kashani & Orvaschel, 1988; Kovacs, 1988). No entanto, quando a *comorbidade* está presente, as crianças com ambos os distúrbios, ao serem comparadas com aquelas que só têm ansiedade,

¹⁰⁴ Estava patente, para estes autores, a confirmação da forma heterogênea com que se apresentam os distúrbios depressivos e surgia a possibilidade de que o distúrbio depressivo com ansiedade, em particular com fobia crônica, pudesse ser um sub-grupo da depressão ao nível da adolescência. Dependendo da importância que é dada a uma ou outra destas entidades clínicas, este tipo de dados pode antes significar que estamos, não perante um sub-grupo de depressão, mas face a um sub-grupo do distúrbio de fobia escolar (Kohlin et al., 1984).

parecem desenvolver a sua depressão mais cedo (Kovacs et al., 1988).

Do que aqui ficou dito, podemos concluir que, ainda que ansiedade e depressão se apresentem presentes simultaneamente, com frequência, nas crianças e adolescentes, em diversos formatos e manifestações e em todo o tipo de amostras (Kovacs, 1988), o estado actual dos conhecimentos não permite esclarecer a relação em jogo. Assim, (1) o processo avaliativo não é suficientemente adequado para discriminar de forma estatística e clinicamente válida entre as duas entidades; (2) os processos classificativos e de diagnóstico não postulam critérios suficientemente operacionais e específicos para permitirem diferenciar claramente entre os dois problemas; (3) as imprecisões a nível dos conceitos e dos fenómenos envolvidos, bem como da sua natureza e composição (heterogeneidade, sub-tipos) impedem a clareza teórica; e (4) as semelhanças nos complexos sintomáticos não permitem diferenciações clínicas práticas inequívocas.

As variáveis de gravidade de uma e de outra entidade e os factores de desenvolvimento poderão, no futuro, trazer alguma luz sobre esta relação, e esclarecer, ao perceber os factores explicativos da sua sobreposição, quanto existe de realidade e quanto de artefacto metodológico (Kovacs, 1988).

2.2. Depressão, défice de atenção com hiperactividade e distúrbios de conduta

Diversos estudos, entre os quais se encontram os clássicos trabalhos de Achenbach e colegas (1978;1987), demonstraram o carácter de autonomia ou dicotomização entre os problemas emocionais (como a depressão) e os problemas de comportamento (como os distúrbios de

Conduta e de Déficit de Atenção com Hiperactividade).¹⁶⁵ Os primeiros, têm sido conceptualizados como fazendo parte duma dimensão interiorizada e os segundos, de uma dimensão de exteriorização, dimensões essas que têm sido vistas como ortogonais (Kovacs et al., 1988).

Considerados como distúrbios qualitativamente diferentes, eles têm, no entanto, surgido associados na prática clínica, de forma mais frequente do que as posições teóricas e as análises empíricas e estatísticas deixariam supor (Capaldi, 1991; Kovacs et al., 1988). A sua presença simultânea na mesma criança ou jovem veio a colocar desafios que alguma investigação bastante recente tem tentado elucidar; a tendência dos resultados encontrados em verificar problemas mais intensos, mais crónicos e mais estáveis, aquando da existência concomitante de diagnósticos de depressão e de exterioridade (Carlson & Cantwell, 1979), veio igualmente propulsionar os estudos neste domínio.

Actualmente, mantêm-se em aberto muitas questões relativas à relação exacta entre estas entidades, quer a nível conceptual, quer a nível nosológico.

¹⁶⁵ O Déficit de Atenção com Hiperactividade será denominado, daqui para a frente, por razões de simplificação, por ADHD. No DSM-IV (APA, 1994), podemos ver que a denominação utilizada no formato do DSM-III-R (Déficit de Atenção com Hiperactividade) será substituída por Distúrbio de Atenção-Hiperactividade, supomos que para tornar bem claro que o problema pode ser centrado num déficit de atenção ou num déficit de hiperactividade. No entanto, as iniciais sumariantes da entidade ou entidades clínicas em jogo, continuam as mesmas.

2.2.1. Depressão e ADHD

A presença comum de certo tipo de défices e excessos cognitivos e comportamentais tem vindo a ligar a depressão infantil ao distúrbio de Atenção/Hiperactividade. Nalguns casos, surgem alterações e sintomas que se apresentam de forma semelhante em ambas as psicopatologias (Brown, Borden, Clingerman & Jenkins, 1988), como é o caso do tempo cognitivo insuficiente, da incapacidade ou dificuldade de concentração e de manutenção da atenção (em particular aquando da resolução de tarefas cognitivas de ordem superior e de resolução de problemas), do fraco rendimento escolar, da labilidade emocional e das dificuldades sociais e comportamentais (problemas na relação com colegas, desajustamentos no comportamento de sala de aula e excesso de actividade). A relação entre estas entidades clínicas é ainda fortalecida quando se verifica que (1) as crianças com diagnóstico de ADHD, bem como os seus pais, se avaliam como mais depressivos que as crianças e os pais "normais"; (2) que há frequentes casos de depressão nas famílias das crianças com ADHD; e (3) que as crianças depressivas são avaliadas mais frequentemente como impulsivas/hiperactivas quando comparadas com as que não são depressivas (Clarizio, 1989; Leon et al., 1980).

Estas semelhanças levaram alguns autores a considerar os dois distúrbios como indistinguíveis. Outros, no entanto, têm defendido ser fácil e necessário distinguir entre as duas entidades. De acordo com Clarizio (1989), uma das formas mais eficazes de diferenciar entre eles é a data do

¹⁶⁰ Não é intenção desta secção apresentar uma revisão exaustiva da literatura relativa aos distúrbios ADHD, não havendo, portanto, a preocupação de apresentar todas as teorias e abordagens sobre o problema, mas apenas referir aquelas que já foram associadas à depressão pré-adulta.

seu início. Assim, parece que a ADHD tem um início bastante precoce, surgindo frequentemente na idade pré-escolar, enquanto a depressão, como já vimos, tende a ser maioritariamente despistada em idades escolares. Uma outra distinção possível, segundo este autor, baseia-se no critério de cronicidade, dado que podemos fazer contrastar o carácter mais episódico da depressão, com o mais crónico da ADHD.¹⁶⁷ Finalmente, este mesmo autor coloca a hipótese de que a baixa de auto-estima seja secundária ao insucesso escolar no caso da hiperactividade e surja como um factor cognitivo básico primário e causal na depressão. Nesta mesma linha diferenciadora vão outros autores que defendem que as diferenças a nível do comportamento escolar talvez tragam, de facto, alguma luz sobre as divergências teóricas na relação entre os dois fenómenos. Assim, ainda que em ambos os distúrbios as crianças apresentem dificuldades escolares, o grupo com ADHD tende a ter comportamentos adjectiváveis por excesso, que interferem com o rendimento escolar, e o grupo com depressão tende a demonstrar comportamentos igualmente limitadores do desempenho, mas basicamente por defeito.

Os comportamentos problemáticos da ADHD foram já encarados como sinais de depressão, tendo esta sido encarada como a patologia subjacente. Tal como com a ansiedade, o comportamento de hiperactividade era assim entendido como uma forma "mascarada" da depressão se apresentar nas crianças, aspecto que colocava alguns problemas aos níveis nosológico e terapêutico, já que tal implicava a não diferenciação a nível de classificação diagnóstica e porque, dada a sua proeminente expressão

¹⁶⁷ A variável "cronicidade" pode fazer com que a ADHD se confunda, mais frequentemente, com a distímia do que com a depressão maior (Clarizio, 1989).

aqueles que, habitualmente, dariam lugar à queixa e à acção da mudança, deixando muitas vezes a própria depressão sem qualquer intervenção clínica (Cytryn & McKnew, 1972, 1974.; Cytryn et al., 1980).

No entanto, o facto de (1) um grande número de crianças com diagnóstico de ADHD não apresentar sintomas depressivos; (2) crianças e adolescentes depressivos não apresentarem necessariamente comportamentos de hiperactividade; e (3) crianças sem outro tipo de diagnóstico apresentarem sintomatologia depressiva, pôs em causa aqueles pressupostos. Os achados científicos e clínicos levaram a crer que os comportamentos de hiperactividade e impulsividade podem ser comuns, por vezes, à ADHD e ao distúrbio depressivo, mas este último tende a apresentar sintomas muito próprios. Ainda mais, as avaliações realizadas pelos pais nem sempre apresentam relação entre depressão e hiperactividade, com os sintomas de ansiedade, queixas psicossomáticas, perfeccionismo e dificuldades escolares a tenderem a diferenciar as crianças depressivas das não depressivas, independentemente da presença de hiperactividade.

Progressivamente, tais dados contrariaram a hipótese relativa à depressão "mascarada" pela ADHD e fizeram surgir outras hipóteses teóricas alternativas. Foi, nesta sequência, que emergiram novas perspectivas a defender a depressão, não como a causa, mas como a consequência da ADHD.

Assim, é considerado que na base da concomitância entre as duas entidades, se encontra a desmoralização, quer da própria criança quer dos seus pais, como resultado da presença da ADHD. Em particular, a depressão e desencorajamento nos pais face aos comportamentos menos ajustados dos seus filhos, levá-los-a a reagirem aos comportamentos de

ADHD da sua criança ou jovem de forma mais exacerbada, mais "desesperançada" e, conseqüentemente, menos competente, potenciando esses mesmos comportamentos.

Brown e colegas (1988) defendem esta conceptualização e elaboram um conjunto de propostas terapêuticas que vão no sentido de intervir junto dos pais destas crianças. Complexificando a explicação, suspeitam da presença de depressão nos pais dessas crianças e encaram esta perturbação como uma possível causa da ADHD dos filhos.

Uma outra leitura tem sido feita para a ligação entre os dois problemas: a da mediação de comportamentos sociais. Num estudo publicado em 1988, Asarnow confirmou dados de investigações anteriores, mostrando que se encontram elevadas percentagens de crianças depressivas internadas em psiquiatria, que demonstram distúrbios de exterioridade concorrentes (ADHD, Distúrbio de Conduta).¹⁴⁰

Ressaltava deste e de outros trabalhos, que o grupo de crianças que apresenta *comorbidade* destas duas entidades experiencia baixos níveis de competências sociais e elevados graus de rejeição social pelos colegas de internamento, consistentemente mais do que crianças que apenas apresentam diagnóstico de depressão ou diagnóstico de outros distúrbios interiorizados (i. e. distúrbio de ansiedade).

A presença simultânea de perturbações afectivas e de distúrbios exteriorizados parece trazer, com efeito, um aumento de gravidade ao problema: a duração dos episódios de depressão nestas crianças parece ser superior à de outros grupos e as percentagens de recuperação tendem a ser mais baixas ao longo do tempo (Asarnow, 1988).

¹⁴⁰ As percentagens encontradas no seu estudo aproximavam-se dos 28%.

As inadequações a nível social, atrás referidas, poderão estar na base destas dificuldades, ou contribuir para as manter em ciclos viciosos de causalidade, demonstrando a natureza auto-perpetuante dos comportamentos desajustados dos depressivos "mistos". Segundo a autora, seriam necessários treinos de competências sociais logo após o internamento destas crianças nas unidades hospitalares, para evitar a reprodução, dentro da instituição, dos estatutos sociais negativos que estas crianças já trazem do exterior e parecem rapidamente reproduzir quando são internadas.

Daquilo que sabemos de momento, apenas se pode concluir que, ainda que possamos encontrar por vezes semelhanças sintomáticas, mesmo a nível dos critérios de diagnóstico, entre a Depressão e a ADHD, é possível e desejável distinguir entre ambos os problemas.

Podemos deixar formuladas duas hipóteses, supondo a existência de tipos distintos de depressão, permitindo assim dar resposta a algumas das incongruências anteriormente focadas. A primeira implica que, nas áreas comportamentais em que se sobrepõe com a ADHD, a sintomatologia depressiva apareça umas vezes como excessiva e outras vezes como deficitária, não demonstrando portanto um mesmo padrão comportamental universal. É o caso da agitação motora (equivalente ao comportamento de hiperactividade) versus lentidão motora, polaridade descritiva que, como vimos, se encontra nos critérios de diagnóstico de muitos sistemas classificativos como o DSM-III-R e que implica, ela mesma, a presença possível deste sintoma, ora num, ora noutro formato. Assim, haveria o grupo das crianças depressivas com agitação motora ou incapacidade em estar quieto, que demonstraria coincidências com a ADHD na sintomatologia

e seria clinicamente tratado tendo em conta estas semelhanças, grupo este que se contrapunha às crianças depressivas com lentidão motora ou hipoactivas. Alguns outros sintomas que se podem apresentar no quadro clínico, ora em excesso, ora em défice, como é, por exemplo, o caso da hipersónia ou da hiposónia, poderiam ser avaliados na possível relação com a ADHD.

Por outro lado, poderemos colocar a hipótese de que o fraco rendimento escolar, a desatenção ou os problemas na relação com os colegas, comuns aos dois problemas, não impliquem, na base, os mesmos comportamentos (as crianças hiperactivas podem estar desatentas ao trabalho escolar porque se distraem com estímulos externos e tem uma capacidade de atenção curta e as crianças depressivas podem não prestar a atenção necessária porque estão desmotivadas e distraídas com os seus próprios estados internos (pensamentos e sentimentos). Da mesma forma, os problemas de relação com colegas podem, nas crianças hiperactivas, ser provocados por rejeição face a uma intromissão excessiva e a um não cumprimento de regras no grupo e nas depressivas serem desencadeados por não envolvimento, isolamento, excesso de auto-crítica ou falta de energia para acompanhar os outros. Não serão as mesmas, portanto, as causas que provocam estes comportamentos finais.

Estas hipóteses sublinham a importância de desenvolver estudos descritivos mais aprofundados, em conjugação com metodologias longitudinais, sob pena de, na sua ausência, se prolongar infinitamente este debate.

Resta a futuras investigações empíricas minuciosas, confirmar estas discrepâncias e esclarecer os presentes desacordos.

2.2.2. Depressão e Distúrbio de Conduta

Contrariamente ao que acontece na ADHD, os distúrbios de conduta manifestam-se, sintomaticamente, de forma bastante diversa do distúrbio depressivo e são muitas vezes diagnosticados como entidades separadas (Kovacs et al., 1988). Com efeito, o perfil do jovem com problemas de conduta inclui lutas frequentes, desrespeito pelos direitos dos outros, intimidação e ameaças, destruição de propriedade, fuga, violação de regras, fogo posto, crueldade para com os animais e outros actos anti-sociais ditos delinquentes (Capaldi, 1991). Considerando-se, como se consideram, entidades qualitativamente diferentes, a sua presença simultânea, no mesmo período de tempo e no mesmo sujeito, levantou dilemas que estimularam a investigação e o debate conceptual (Jacobsen et al., 1983).¹⁰⁹ Na literatura clínica e empírica surge assim a descrição da ocorrência simultânea dos problemas de conduta e de depressão. Kovacs e colegas (1988), numa revisão das investigações sobre a *comorbidade* do Distúrbio de Depressão Maior e do Distúrbio de Conduta, concluem que, nas crianças e adolescentes, esse problema não é de negligenciar, já que cerca de um terço tem, em simultâneo, ambos os diagnósticos (Carlson & Cantwell, 1980; Marriage, Fine, Moretti & Haley, 1986; Kashani et al., 1987; Puig-Antich, 1982).

Os factores de risco envolvidos parecem ser semelhantes nas duas entidades. Entre os mais comuns podemos encontrar perda por ausência, abandono ou morte dos pais, perturbações familiares,

¹⁰⁹ Uma das explicações surgidas para este aparente paradoxo foi, de novo, a possibilidade de que os distúrbios de conduta fossem formas mascaradas de depressão. O facto da terapia farmacológica anti-depressiva fazer desaparecer os sintomas das duas entidades (Puig-Antich, 1982) apoiou, de alguma forma, essa suposição (Toolan, 1962).

psicopatologia parental e práticas educativas inadequadas, como é o caso da rejeição, da desorganização ou da negligência (Capaldi, 1991; Kandel, 1982; Rutter, 1989). Dadas estas semelhanças, tem vindo a ser discutido aquilo que difere nestes processos etiológicos, para levar ao desencadeamento de reações e manifestações comportamentais tão diversificadas. Tem sido sugerido que as diferenças se encontram em aspectos qualitativos destes processos, podendo residir, nos modelos parentais, no temperamento da criança, ou na sua interacção (Field, 1987).

Os processos intra-psíquicos dos dois fenómenos clínicos parecem igualmente ser semelhantes: podemos encontrar, em ambos, baixo auto-controle, locus de controle externo e infelicidade geral (Field, 1987).

Segundo Patterson e Capaldi (1990), a explicação para a associação entre a depressão e os problemas de conduta, encontra-se na possibilidade dos jovens anti-sociais desenvolverem depressão, dadas as consequências nefastas dos comportamentos violentos no seu ajustamento social e escolar. Os insucessos, conflitos e rejeições consequentes, a nível do desempenho de competências e a integração a estes dois níveis, levariam ao humor depressivo.

Para evitar as possíveis confusões entre ambos os problemas, Clarizio (1989) defende que se faça uma análise das suas consequências para ver quem sofre com cada um deles. Assim, verifica que, no caso da depressão, a própria criança ou adolescente é a vítima do seu próprio comportamento, vivenciando sofrimento e dor interiorizadas e, no caso dos problemas da conduta, são os outros que são vitimados pelo comportamento do sujeito-actor.

Foi ainda tentada a diferenciação destas duas entidades com base noutros critérios clínicos, tendo os critérios de cronicidade e progressão no

tempo surgido como potenciais marcos diferenciadores.

Parece um facto que os problemas de conduta tendem a mostrar-se, quando comparados com a depressão, mais estáveis no tempo (Capaldi, 1991, 1992; Shaffen, 1974¹¹⁰). As consequências da perturbação parecem também permitir alguma distinção, já que os distúrbios de conduta tendem a manter um ajustamento deficitário com o passar do tempo (Capaldi, 1991, 1992).

Alguns estudos tentaram perceber o que acontecia a estes níveis de gravidade e adaptação quando ambos os distúrbios surgiam associados. Dos pouco dados existentes podemos concluir que a presença dos distúrbios de conduta não parece agravar, nem os sintomas, nem a duração da depressão, mas parece trazer algumas complicações menos saudáveis a nível do ajustamento social. No entanto, nem sempre há concordância nestas conclusões, já que alguns estudos mostram que os sintomas depressivos são mais graves nos casos em que se associam com o Distúrbio de Conduta (Marriage, Fine, Moretti & Haley, 1986).

Dois estudos de Capaldi, já atrás citados, (1991, 1992) vieram sugerir que, quando uma das entidades clínicas apresentam maior gravidade, tal leva a uma maior probabilidade de que exista *comorbidade*. Assim, esta associação caracteriza-se por ser mais frequente nos rapazes e a sua presença leva a maior hipótese de ideação suicida e a maior risco de passagem ao acto delinquente. Os sujeitos com ambas as perturbações apresentam percepções muito negativas de si próprios e das suas relações sociais, auto-estima baixa, baixo rendimento escolar e maior tendência para

¹¹⁰ No entanto, contrariando de novo o que acontece com os ADHD (os quais têm um início precoce) os distúrbios de conduta surgem tardiamente, tendo o seu pico de incidência por volta dos 15 anos, o que pode ser um factor pouco discriminante quando comparado com a depressão (Capaldi, 1991; Carlson & Cartwell, 1980).

consumo de drogas.

Este autor coloca a hipótese dos problemas de conduta conduzirem a algum tipo de vulnerabilidade para a depressão. É assim suposto que as falhas e incompetências nas relações sociais e nos desempenhos escolares, típicos dos sujeitos com Distúrbio de Conduta, levem a mais conflitos, mais falhas, mais rejeição e, finalmente, a depressão, envolvido que está o sujeito numa cadeia viciosa de falhanços (Capaldi, 1991, 1992; Patterson & Capaldi, 1990).

Este aspecto da precedência de uma das entidades sobre a outra não encontrou ainda acordo entre os profissionais de saúde mental, já que, em discordância com os autores anteriormente citados, outros defendem a possibilidade da depressão ser o ponto de partida e dos problemas de conduta lhe serem secundários (Kovacs et al., 1988; Puig-Antich, 1982¹⁷¹). A ausência clara de informação empírica não permite, uma vez mais, escalrecer este ponto, que parece revestir-se de grande complexidade.

Como a sintomatologia dos distúrbios de conduta é bastante óbvia para leigos e clínicos, pelo facto de envolver comportamentos observáveis altamente disruptivos, é provável que, quando surge associada à depressão, esta última passe despercebida, ou seja negligenciada. Tal implica uma cuidada avaliação e um conhecimento das formas possíveis de que se pode revestir esta contemporaneidade e o seu valor informativo em termos de prognóstico, de recuperação e de repetição sintomática (Kazdin, 1987a; Kovacs et al., 1988) e uma não centração exclusiva, quer em termos avaliativos, quer terapêuticos, nos sintomas comportamentais visíveis e manifestos.

¹⁷¹ Contrariando esta posição, alguns dados sugerem que o distúrbio de conduta não desaparece após o desaparecimento da depressão.

2.3. Depressão e psicoses

Ainda que a literatura seja francamente escassa e dilemática no que se refere à associação entre distúrbios afectivos e distúrbios psicóticos nas crianças, tal associação foi já confirmada nalguns estudos empíricos (Asarnow & Ben-Meir, 1988; Chambers et al., 1982; Freeman, Poznanski, Grossman, Buchsbaum & Banegas, 1985).

O DSM-III-R inclui três categorias para classificar distúrbios que compreendem um quadro clínico com um misto de sintomatologias destas suas entidades: a) os distúrbios afectivos com aspectos psicóticos, b) os distúrbios esquizofrénicos e c) os distúrbios esquizoafectivos. O facto desta sub-divisão e respectiva operacionalização de critérios serem comuns a adultos e crianças, tem sido alvo, também neste domínio, de críticas quanto à sua utilidade e adequação para as populações mais jovens (Cantor et al., 1982).

A referida organização nosológica tem subjacente a ideia de que, apesar de ser possível diagnosticar independentemente distúrbios depressivos e distúrbios esquizofrénicos, por vezes as suas sintomatologias respectivas podem surgir sobrepostas, levando a distúrbios de tipo misto.

Esta associação tem sido raramente estudada a nível das populações pré-adultas, talvez pela sua baixa frequência nesses grupos. Uma das poucas áreas que tem sido alvo de projectos empíricos e, mesmo esses, escassos, tem sido a da possibilidade de existência de crianças depressivas com alucinações. Este tipo de depressão é considerado bastante grave, já que, ainda que raro, é profundamente incapacitante e difícil de tratar (Nelson et al., 1984).

Um trabalho de Chambers e colegas (1982), desenvolvido junto de uma amostra de 48 sujeitos pré-púberes que preenchiam critérios de RDC (Poznaniski et al., 1982) para Depressão Maior, revelou a presença de 7% de crianças com comportamentos alucinatórios. Também, Freeman e colaboradores, num estudo que realizaram em 1985, encontraram este tipo de relação. Verificaram que 18% das crianças depressivas da sua amostra clínica apresentavam sintomas psicóticos misturados com os sintomas afectivos e que as que não apresentavam este último tipo de sintomas se mostravam mais gravemente perturbadas. Esta associação surgiu também num outro trabalho, este concretizado por Weissman (1984) e, segundo ele, os filhos de pais com depressão bipolar apresentavam seis vezes mais probabilidades de terem depressão com sintomas alucinatórios.

Kashani e Ray, num artigo de 1987, apresentam um estudo de caso de uma criança de 5 anos, manifestando (segundo critérios do DSM-III) um diagnóstico de Depressão Maior e evidenciando pensamento alucinatório, indicando a possibilidade da existência deste tipo de *comorbidade* na população pré-escolar.

Apesar de existirem alguns autores que defendem a fácil diferenciação entre os dois distúrbios (em particular com base na gravidade do isolamento social demonstrado pelo esquizofrénico, de forma nenhuma tão exuberante no depressivo e na desorganização dos processos de pensamento típicos das perturbações psicóticas) (Clarizio, 1989), os entraves no diagnóstico diferencial tem-se mostrado bastante difíceis de remover, face à concomitância de sintomas das duas entidades. Encontram-se manifestações depressivas em crianças diagnosticadas como esquizofrénicas e alucinações em crianças com distúrbios afectivos. O

problema é tanto maior, quanto mais reduzido fôr o número de crianças e jovens estudados.

Numa tentativa para aprofundar o conhecimento da relação entre os dois tipos de problemas, desenvolveram-se estudos que iluminassem, não as concômítâncias, mas sim as diferenciações entre espectros esquizofrénicos e depressivos (Asarnow & Ben-Meir, 1985).

Ainda que estando por encontrar os critérios classificativos óptimos para esta população clínica e por confirmar se os distúrbios depressivos e esquizofrénicos correspondem a duas entidades bem distintas, são de sublinhar as seguintes conclusões, sumarizantes da literatura: (1) que existe alguma evidência da existência de depressão com ideação psicótica em crianças entre os seis e os treze anos de idade, ou de forma mais lata, de crianças apresentando um quadro misto de sintomatologia psicótica e afectiva; (2) que os distúrbios depressivos e esquizóides parecem implicar naturezas e funcionamentos com padrões de desenvolvimento distintos (diferenças nos padrões de início dos distúrbios, no ajustamento pré-mórbido e na gravidade do desajustamento subsequente); (3) que é possível encontrar similaridades e eventuais continuidades entre as formas infantis e adultas destes distúrbios; (4) que a presença de sintomas psicóticos nas crianças depressivas, em especial alucinações, parece surgir, em particular, naquelas com depressões de tipo endógeno, tendo estas crianças, em simultâneo, histórias familiares com algum tipo de perturbação (alcoolismo, depressão, sociopatia); (5) que o decurso das sintomatologias apresentadas pelas crianças com perturbação mista varia significativamente de criança para criança, confirmando um desenrolar pouco previsível do seu estado clínico, quadro este semelhante ao encontrado nos adultos com o mesmo tipo de problemas; e, finalmente, (6)

que, quando o diagnóstico de esquizofrenia está associado com a presença de sintomas depressivos, parece implicar melhores níveis de funcionamento pré-mórbidos e menos desadaptação durante os episódios"¹⁷² (Asarnow & Ben-Meir, 1988; Freeman, Poznanski, Grossman, Buchsbaum & Banegas, 1985).

Dado o domínio da associação entre depressão e psicose ter sido tão pouco aprofundado, ser tão raro na literatura, tão escasso nas conclusões a que chegou e tangencial ao tema central do presente trabalho, terminaremos este ponto com as questões que nos parecem mais pertinentes neste campo.

A frequência da entidade mista e dos sintomas psicóticos, sobretudo com a mesma configuração que nos adultos, parece ser, no entanto, muito baixa nas crianças. Este facto levou já ao aparecimento de interessantes perspectivas conceptuais e de desenvolvimento. Por exemplo, alguns autores defendem que os sintomas de tipo psicótico são as formas extremadas das distorções cognitivas típicas da depressão, acentuando que estas alterações são assim meramente quantitativas (Rehm, 1988).

Saliente-se também uma visão desenvolvimentista, menos patologizante e mais crítica das alucinações demonstradas pelas crianças destas idades (Freeman, Poznanski, Grossman, Buchsbaum & Banegas, 1985). Assim, estas alterações cognitivas ditas psicóticas e que implicam confusões entre realidade e fantasia, são consideradas dentro do enquadramento das características cognitivas típicas das crianças pré-operatórias e operatórias (Piaget, 1975). Discute-se as possíveis confusões com formatos de pensamento típicos das crianças normais, ou seja, a

¹⁷² Tal indica, que, do ponto de vista das perturbações psicóticas, quando há depressão, a gravidade da psicose é menor. No entanto, do ponto de vista da depressão, quando há aspectos psicóticos, a depressão parece ser mais grave.

possibilidade das orientações para fora da realidade, para a fantasia e para o faz-de-conta, a crença na magia e no poder do "se eu quizer", predisponem as crianças destas idades a vivenciar e expressar, de forma diferente, a sintomatologia referida como psicótica, devendo o significado que lhe é atribuído ser diferenciado daquele que é reconhecido para os adultos.

Muitos mais estudos serão necessários para esclarecer esta área, tão melindrosa do ponto de vista conceptual e psicopatológico.

CAPÍTULO 3

1. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

*" If the only tool you have is a hammer, you tend to treat
everything as if it were a nail"*

Abraham Maslow

1.1. População

A população inicial do estudo experimental, que agora se apresenta, envolvia todos os indivíduos (N=1145), de ambos os sexos (52.2% do sexo masculino e 47.8% do sexo feminino) que, no ano lectivo de 1987/88, frequentavam dois estabelecimentos de ensino privado, situados na zona da grande Lisboa (o colégio A e o colégio V, representando, respectivamente, 39.9% e 65.1% da população estudada). Os níveis de escolaridade em que se encontravam estavam compreendidos entre o 3º e o 9º ano e os sujeitos pertenciam à classe média urbana.

Dado o facto da metodologia experimental implicar um formato longitudinal (o estudo terminou no ano lectivo de 1990/91), o número de sujeitos, as suas idades e os níveis de escolaridade a que pertenciam, foram variando ao longo dos três anos em que o estudo decorreu. Assim, o número total de sujeitos que fizeram parte do estudo foi de 2209, com 52.2% de rapazes e 47.8% de raparigas e, no global, as percentagens médias de pertença a cada colégio foram de 28.3% de sujeitos provenientes

do colégio A e de 71.7% provenientes do colégio V. Os anos de escolaridade abrangidos foram sempre os mesmos (do 3º ao 9º, inclusive).

Em consequência da complexidade do formato experimental, é grande a diversidade das características das amostras envolvidas em cada momento do estudo, pelo que me pareceu ser mais facilmente perceptível, para o leitor, se essas características fossem descritas após lhe ser dado a conhecer o procedimento empírico. Decidi, por isso, apresentar primeiro o formato metodológico de recolha de dados (o qual se segue, de imediato) e só depois descrever pormenorizadamente as amostras. As características particulares destas últimas serão detalhadas no ponto 1.3. do presente capítulo.

1.2. Procedimento experimental

Num momento inicial, foram enviadas cartas a um conjunto de 10 escolas de ensino privado da zona da grande Lisboa, apresentando, em linhas gerais, o estudo que se pretendia desenvolver e auscultando o interesse e disponibilidade de cada uma dessas escolas para acolher e apoiar esta investigação.

Dois colégios responderam afirmativamente à proposta. Dado que nos mereciam confiança em termos de apoio continuado, pois quer num, quer noutro, existia uma história de cooperação com projectos empíricos da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Lisboa, foram ambos seleccionados para o estudo.

Principiou-se o processo de investigação, com encontros com as direcções desses colégios, com o intuito de explicitar aprofundadamente os objectivos e os procedimentos a levar a cabo. Nesses encontros, foram

igualmente decididos pormenores práticos de aplicação, alguns dos quais, como veremos, implicaram a alteração e adaptação dos procedimentos e instrumentos previamente planeados.

Concretizado este passo, foi enviada aos encarregados de educação dos estudantes uma informação relativa ao estudo a realizar, descrevendo o que se pretendia. Em simultâneo, foram realizadas reuniões informativas, junto dos professores e solicitada a sua colaboração.

A metodologia desenvolvida caracterizou-se por dois grandes vectores:

1. A aplicação de um conjunto de cinco instrumentos avaliativos (**Short Children's Depression Inventory - SCDI**; **Children's Depression Inventory - CDI**;¹⁷³ **Depression Self Rating Scale - DSRS**; e **Peer Nomination Inventory of Depression - PNID** para avaliação da depressão e **Inventário de Situações Familiares e Escolares - ISFE** para avaliação de variáveis relativas à família e à escola) a toda a amostra, em cinco momentos no tempo (Maio de 1988; Novembro de 1988; Maio de 1989; Maio de 1990 e Maio de 1991);

2. A aplicação de três instrumentos avaliativos (um Inventário de Depressão, Comportamento Social e Comportamento Escolar para Professores (**Inventário de Depressão, Comportamento Social e Comportamento Escolar para Professores - IDSE**), uma Entrevista clínica à criança e à família (**Interview Schedule for Children - ISC**) e uma Entrevista socio-cognitiva (**Entrevista Socio-Cognitiva da Depressão - ESCD**)

¹⁷³ Esclarece-se que nas duas primeiras aplicações foi aplicado o SCDI (versão reduzida do CDI) e nas três seguintes este foi substituído pelo CDI completo.

a uma sub-amostra de 50 sujeitos¹⁷⁴ em dois momentos temporais (Maio de 1990 e Maio de 1991).

Os instrumentos de avaliação foram aplicados por experimentadores treinados para o efeito, todos eles estudantes finalistas da licenciatura em Psicologia do Ramo de Psicoterapia e Aconselhamento da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, sendo ministrada uma formação nas semanas que antecederiam a investigação em campo.

A aplicação dos instrumentos à grande amostra (vector 1) foi realizada em formato de grupo, nas turmas, tendo a sua duração unitária sido, em média, de 60 minutos por cada grupo. De uma forma geral, o aplicador encontrava-se sozinho a desempenhar a tarefa avaliativa. A excepção a esta situação acontecia no caso dos grupos de crianças mais novas (3º e 4º anos de escolaridade), onde a tarefa era desempenhada, simultaneamente, por dois avaliadores, já que a sua presença conjunta facilitava o acompanhamento mais individualizado, exigido pelos sujeitos mais novos, para atingirem o desempenho desejado. Também, nestas idades, o tempo de aplicação excedia largamente o das crianças mais velhas, chegando a aproximar-se dos 120 minutos.

O procedimento incluía a apresentação do experimentador ("Sou psicólogo/a e ando a estudar a forma como pensam e sentem os jovens") e

¹⁷⁴ Esta sub-amostra, seleccionada após a 2ª Aplicação, envolvia representantes, em número equitativo, de ambos os sexos e de todos os níveis de escolaridade, dos sujeitos que haviam apresentado quatro padrões distintos de resposta nas duas primeiras aplicações, anteriormente realizadas. Assim, compreendia jovens que até ao momento haviam demonstrado resultados consistentemente elevados em todos os instrumentos de depressão, outros que haviam mostrado resultados consistentemente baixos em todos os instrumentos de depressão, outros com resultados baixos nos questionários de auto-descrição, mas elevados no de avaliação por colegas e, finalmente, sujeitos que haviam evidenciado resultados altos nos questionários de auto-descrição, mas baixos no de avaliação por colegas. Todos estes instrumentos serão apresentados no próximo ponto deste capítulo.

dos objectivos e características da avaliação ("você vão responder a umas perguntas, que estão escritas nas folhas que vamos distribuir e que são iguais para todos. As vossas respostas vão-nos ajudar a perceber e a conhecer melhor os jovens desta escola. Ninguém vai saber o que vocês escreveram, nem os vossos professores, nem os vossos pais, nem os vossos colegas e só respondem se quizerem"). Em seguida era feita a aplicação dos itens de treino do primeiro dos 4 instrumentos a aplicar."

Cada sujeito era depois solicitado a responder por escrito e individualmente, aos diversos instrumentos, sendo dispensados todo o tempo e esclarecimentos necessários para a realização da tarefa. Após o completamento, por parte de todos os elementos da turma, de cada questionário, passava-se à aplicação do questionário seguinte, sucessivamente, até os quatro instrumentos serem preenchidos por todos os sujeitos do grupo. A ordem de aplicação dos instrumentos havia sido controlada.¹⁷³ Nos cinco momentos avaliativos descritos no vector 1, o procedimento foi idêntico, repetindo-se os passos anteriormente descritos.

Relativamente ao vector 2, o processo iniciou-se com um contacto escrito individualizado junto dos encarregados de educação dos sujeitos da sub-amostra. Nessa missiva, explicava-se que, na sequência das avaliações previamente realizadas à (quase) totalidade dos alunos do colégio, haviam sido seleccionados um conjunto de jovens que gostaríamos de conhecer melhor. As razões apresentadas para essa selecção eram muito gerais ("Foram escolhidos, ao acaso, 50 estudantes...") e pedia-se a autorização do encarregado de educação e do jovem para este aprofundamento do

¹⁷³ Este controle implicava que igual número de turmas seguiu as diversas ordens de aplicação, as quais envolviam todas as combinações possíveis entre os 4 instrumentos (ex: quatro turmas respondiam aos questionários na sequência 1234, quatro turmas respondiam na ordem 4321, etc.).

processo avaliativo. Essa autorização envolvia a permissão para se realizarem entrevistas, quer aos pais, quer à própria criança ou jovem. As disponibilidades pessoais de datas e horários eram pedidas igualmente nessa carta.

Fazia parte deste vector a aplicação de um instrumento avaliativo, a preencher pelos professores (IDSE) e centrado nos 50 sujeitos da sub-amostra. Foram assim distribuídos questionários a três docentes de cada um dos jovens deste grupo, seleccionando, para o efeito, o director de turma, um professor da área escolar complementar (por exemplo, se o director de turma era professor de português, o outro questionário seria entregue ao professor de matemática) e um professor de uma das disciplinas de desenho, trabalhos manuais ou ginástica.

Este procedimento foi realizado do 5º ano de escolaridade em diante; no caso do 3º e 4º anos do ensino básico, dado o facto da criança ter apenas um professor para os vários conteúdos programáticos, um dos questionários foi entregue a esse professor e os outros dois aos professores de música e de ginástica. Pretendia-se, assim, mesmo nos anos escolares de monodocência, ter perspectivas o mais possível diversificadas da criança ou adolescente.

Também aqui o procedimento foi repetido com um ano de intervalo, tendo sido, portanto, realizados, dois momentos de aplicação: um em Maio/Junho de 1990 e outro em Maio/Junho de 1991.

Fazia igualmente parte deste vector a aplicação de uma entrevista socio-cognitiva, a qual foi feita individualmente a cada um dos 50 sujeitos e realizada por alguns dos diversos avaliadores do vector 1. No início da aplicação, era realizada uma breve conversa com o avaliado, de novo versando sobre os objectivos e características desta investigação, em que o

experimentador tentava estabelecer um clima de à-vontade e bem-estar que induzisse o jovem a responder às questões, sem se sentir em situação de "exame". Após assegurar, de novo, que o procedimento tinha um carácter confidencial, era explicada ao sujeito a razão porque havia sido escolhido para esta avaliação individualizada. Assim, era-lhe dito que havíamos seleccionado, ao acaso, de cada turma, alguns estudantes que nos pudessem auxiliar a perceber melhor a forma de sentir e pensar dos jovens.

Este instrumento de avaliação era relativamente estruturado nas perguntas que colocava, não deixando, no entanto, de estimular reflexões e respostas criativas. Utilizava uma metodologia de entrevista de tipo clínico piagetiano (Piaget, 1926) e as questões colocadas eram acompanhadas de uma história apresentada em banda desenhada, que o jovem deveria completar. Dada a riqueza e importância da qualidade das respostas e as características do próprio formato, toda a entrevista era gravada em audio. Já que se pretendia perceber eventuais mudanças associadas ao processo de desenvolvimento, os mesmos alunos foram sujeitados, um ano depois, exactamente às mesmas questões e repetiu-se todo o procedimento de entrevista acima descrito.

Finalmente, este vector completava-se com uma entrevista clínica de diagnóstico (ISC; Kovacs, 1983a), aplicada, individualmente, à criança e aos seus pais, encarregados de educação ou tutores.

1.2.1. Dificuldades e limitações na implementação do estudo

A falta de acesso ao material de avaliação necessário, vivida nos momentos iniciais do estudo, implicou, na 1ª e 2ª Aplicações, o uso de um formato reduzido do CDI (SCDI, envolvendo 19 questões) (Carlson &

Cantwell, 1980). As adequações e estudos estatísticos realizados, tiveram em conta que este instrumento variou, no seu formato, entre estas aplicações e as três seguintes, onde o CDI foi já utilizado na sua versão completa, compreendendo 27 itens (Kovacs, 1980/81). Os outros instrumentos (DSRS, PNID e ISFE) foram aplicados, sem alteração, ao longo das cinco avaliações.

A aplicação do inventário aos professores (o IDSE) colocou diversas dificuldades. Assim, dos 150 questionários entregues na 4ª aplicação, apenas 95 foram devolvidos. Dos 150 distribuídos na 5ª aplicação, apenas foram devolvidos 3. A insistência junto dos professores, para que completassem os referidos questionários, acompanhada da explicitação do seu valor para o estudo, não se mostrou suficiente para que a taxa de resposta aumentasse.

Por razões de ordem ética, interesses do próprio estudo e ainda por desejo manifesto das direcções dos colégios, decidiu-se que a apresentação do estudo a estudantes, professores e pais, não explicitaria a temática da depressão como tema central da investigação, mas antes o definiria como um estudo de sucesso e insucesso escolar. Foi, assim, que ele foi percebido, no contexto das escolas, ao longo dos vários anos em que decorreu.

O facto da população envolvida desconhecer o tema real do estudo, colocou questões complexas à investigadora, nomeadamente quanto à impossibilidade de pedir aos sujeitos da amostra uma autorização escrita específica e explícita relativamente à temática em estudo (procedimento comum neste tipo de trabalhos empíricos), bem como de salvaguardar situações relacionadas com a necessidade de quebrar a confidencialidade, quando a gravidade dos resultados encontrados o justificasse (foi o caso,

por exemplo, das crianças ou adolescentes que apresentavam elevados índices de depressão).

Para tentar obviar esta questão, foi oferecido um serviço de apoio psicológico gratuito, que pudesse atender a casos de inadequação psicológica (depressão ou outros). Num dos colégios não existia psicólogo, tendo assim sido iniciado um pequeno serviço, através de uma licenciada em Psicologia, formada pelo Ramo de Psicoterapia e Aconselhamento.¹⁷⁶ No outro colégio, dado que já existia uma psicóloga a tempo inteiro, foram oferecidos dois serviços, de acordo com os interesses de quem os prestava e das necessidades de quem os recebia: um programa de desenvolvimento da auto-estima para as crianças do 1º ciclo escolar (envolvendo professores e alunos) e um programa de estudo para os adolescentes dos anos de escolaridade mais avançada.

Numa fase inicial, houve ainda, da parte do colégio, uma exigência expressa em retirar dos instrumentos de avaliação a aplicar, os itens relativos a ideias ou comportamentos suicidas. Invocando a possibilidade de tais conteúdos "colocarem ideias na cabeça das crianças" e, portanto, o potencial perigo em falar abertamente da temática depressão/suicídio, as hierarquias das instituições envolvidas, não só demonstravam a sua preocupação e protecção aos estudantes a que serviam, como confirmavam os estigmas e imagens negativas ligados ao problema.

Estes dois tipos de imposição, não sendo invulgares (Burbach, Farha & Thorpe, 1986), levantaram questões metodológicas e éticas

¹⁷⁶ É de salientar que neste atendimento não foi seguido nenhum caso de depressão, durante o período de tempo em que decorreu a investigação, já que nenhum dos casos que pediram autonomamente apoio, ou que foram referidos para usufruírem dele, apresentavam este tipo de problema.

complexas e sem resolução fácil. Não só implicaram mudanças na composição dos instrumentos de avaliação usados, em particular pela eliminação de questões que lhe eram parte integrante, como deixaram em dúvida a resposta, a dar nos casos de identificação de crianças manifestando elevados índices sintomatológicos depressivos.

No entanto, com o decorrer do estudo e na sequência, supomos, das reuniões que foram mais ou menos periodicamente efectuadas com as direcções pedagógicas e/ou com os serviços psicológicos dos colégios, bem como com os professores, foi possível, aquando da introdução do CDI na 3ª Aplicação, manter este instrumento intacto e, consequentemente, questionar os estudantes sobre ideias ou tentativas suicidas. Desta forma, a temática do suicídio será estudada no presente trabalho.

Uma outra limitação vivida por este estudo, envolveu a não aderência real dos pais ao projecto, sobretudo dos pais das crianças e jovens que aparentavam mais manifestações depressivas - isto apesar de, em contactos telefónicos e reuniões efectuadas com a autora do estudo, terem mostrado o seu interesse e disponibilidade. Com efeito, aquando da realização das entrevistas clínicas, apesar das insistências através de contactos telefónicos e escritos, a percentagem de pais que compareceu para efectuar a sua concretização, foi de tal forma reduzida e enviesada (apenas compareceram pais das crianças consideradas "não-depressivas" e todas as seis entrevista realizadas indicavam ausência de diagnóstico clínico de qualquer espécie nos sujeitos), que a autora se viu na necessidade de desistir deste parâmetro do estudo, pelo que, infelizmente, ele não fará parte dos procedimentos de análise que se seguem.

Finalmente, a ESCD (Entrevista Socio-cognitiva da Depressão), mostrou-se muito complexa no processo de análise das respostas a que deu

acesso, em especial na sua classificação e interpretação. Estes aspectos, aliados à grande extensão do estudo nos outros vectores, levaram igualmente ao abandono deste parâmetro para o trabalho concreto desta tese. Dado o suposto interesse da informação recolhida através deste instrumento, é pretensão da autora, que os dados com ele recolhidos, venham a ser alvo de um estudo posterior.

1.3. Amostra

Por razões que se prendem com o formato experimental, a população do presente estudo foi dividida em **amostra global** e **amostra longitudinal**. As duas amostras variaram, nas suas características, ao longo do estudo, pelo que agora se apresenta uma descrição detalhada de ambas.

1.3.1. Amostra Global: aspectos descritivos

A informação particularizada das características da amostra ao longo dos cinco momentos avaliativos realizados (em termos de número de sujeitos, distribuição por sexos e distribuição por colégios), consta do quadro nº 2.

Quadro nº 2: Caracterização da amostra base global, em termos do número de sujeitos por aplicação e da sua distribuição por sexos e por colégios

	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação	Amostra
	Maio 1988	Novembro 1988	Maio 1989	Maio 1990	Maio 1991	Total
Número de Sujeitos	N=1145	N=1160	N=807	N=1271	N=1004	N=2209 (a)
Distribuição por Sexos (1)	M=52.2% F=47.8%	M=52.4% F=47.6%	M=51.5% F=48.5%	M=52.6% F=47.4%	M=52.5% F=47.5%	M=52.2% F=47.8%
Distribuição por Colégios (2)	A=39.9% V=60.1%	A=32% V=68%	A=41.8% V=58.2%	A=27.1% V=72.9%	A=29.4% V=70.4%	A=28.3% V=71.7%

(1) O símbolo M corresponde ao sexo Masculino e o F corresponde ao sexo Feminino (2) O símbolo A corresponde ao colégio designado por A e o símbolo V corresponde ao colégio designado por V

(a) Este total corresponde ao número de sujeitos que foram avaliados, pelo menos uma vez, ao longo das 5 aplicações

O quadro nº 2 evidencia que a amostra se distribuiu equitativamente a nível dos sexos em todas as aplicações e que, à parte uma maior oscilação no número de sujeitos avaliados na 3ª Aplicação, onde a recolha de dados envolveu um grupo mais reduzido, existiu uma certa constância no tamanho das amostras, em cada um dos momentos experimentais. As distribuições por sexos mantiveram-se igualmente

constantes, com uma superioridade numérica ligeira dos sujeitos do sexo masculino. Neste quadro podemos ainda verificar que a incidência da distribuição dos sujeitos pelos dois colégios privilegia, fortemente, o colégio V. A explicação desses resultados encontra-se no facto da dimensão populacional abrangida por esse colégio ser bastante superior à do colégio A. Tal facto trará também, como contrapartida, que no colégio V se irá verificar um número maior de dados incompletos.

As percentagens de sujeitos que se distribuíam por cada ano lectivo, em cada momento avaliativo, variou, igualmente, ao longo do período de recolha de dados. Essas percentagens são apresentadas no quadro nº 3.

Quadro nº 3: Distribuição dos sujeitos da amostra global por ano de escolaridade, nas cinco aplicações

	3º Ano	4º ano	5º ano	6º ano	7º ano	8º ano	9º ano
1ª Aplicação	14%	12.7%	18.2%	18.2%	15%	18.6%	3.3%
2ª Aplicação	11.7%	14.9%	18.6%	18.9%	18.4%	17.5%	0%
3ª Aplicação	16.5%	20.9%	25.8%	24.7%	6.3%	5.8%	0%
4ª Aplicação	11.1%	16%	16.3%	14.6%	15.5%	14.4%	12.1%
5ª Aplicação	9.7%	7.9%	21.5%	20%	19.6%	16.7%	4.6%

A grande variabilidade verificada nos dados percentuais, relativos à distribuição dos sujeitos pelos vários anos de escolaridade, tem subjacente duas razões: em primeiro lugar, a variação no número de alunos

existentes, nos referidos colégios, em cada ano (há tendência para existirem mais turmas entre o 5º e o 8º ano de escolaridade) e, em segundo lugar, os problemas de recolhas de dados (os dados incompletos incidiram mais, por diversas razões práticas, nos momentos de aplicação, sobre os anos do ensino básico e sobre os anos de escolaridade mais avançada).

A 3ª Aplicação evidencia valores percentuais um pouco diferentes das restantes aplicações. Como veremos, ao longo de todo o estudo, esta aplicação, que foi a única que foi realizada no mesmo ano lectivo que a sua antecedente (a 2ª aplicação em Novembro de 1988 e a 3ª Aplicação em Maio de 1989), mostrará, com frequência, valores divergentes em relação às outras. Algumas dificuldades na concretização prática do processo avaliativo (sujeitos que faltaram à escola aquando das avaliações, não completamento dos questionários na sua totalidade, mudança de colégio a meio do ano escolar, etc.), explicarão muitos destes resultados e outras razões, ligadas à reactividade a aplicações repetidas e próximas, poderão estar também na sua base. A seu tempo reflectiremos sobre estas últimas.

Os factores relacionados com a aplicação prática dos instrumentos levaram a que as percentagens de sujeitos por ano lectivo não viessem a coincidir nestas duas aplicações.

Apresentamos, de seguida, no quadro nº 4, a distribuição percentual dos sujeitos, por aplicação, em função da variável "Viver com ambos os pais" e "Não viver com ambos os pais".

Quadro n.º 4: Distribuição percentual do número de sujeitos que, em cada aplicação, vivia ou não com ambos os pais

	1.ª Aplicação	2.ª Aplicação	3.ª Aplicação	4.ª Aplicação	5.ª Aplicação
Vive com os pais	79.8%	77.2%	79.4%	77.9%	80.8%
Não vive com os pais	20.2%	22.8%	20.6%	22.1%	19.2%

As percentagens patentes, neste quadro, apontam para poucas oscilações nesta variável ao longo do tempo e mostram que um número marcadamente superior dos sujeitos avaliados vivia com ambos os pais (entre 77 e 80%) e que cerca de 20% (entre 19 e 22%) não vivia com ambos os pais no momento em que foi realizada cada avaliação.

A forma como estava colocada a questão que permitia aceder aos dados desta variável ("Com quem vives?"), pode explicar um pouco da variabilidade aqui encontrada. Assim, ela implicava que, em cada etapa do estudo, a criança fosse inquirida sobre com quem vivia nesse momento. Das respostas dadas pelas crianças, retiraram-se as informações necessárias para a incluir numa destas duas categorias ("Viver com ambos os pais" versus "Não viver com ambos os pais"), apesar de se perder muita da riqueza da resposta.

As variações percentuais encontradas, podem ter, ainda, a sua explicação, na forma como as crianças entendiam a pergunta, bem como nas situações de vida que experienciavam em cada momento. Consequentemente, supomos que as respostas se referem, quer a possíveis mudanças passageiras (como por exemplo, nessa semana particular, a criança estar em casa dos avós), quer a mudanças mais ou menos duradouras (os pais estarem momentaneamente separados e voltarem a co-habitar aquando da aplicação seguinte), ou ainda, claro, a mudanças permanentes (os pais estarem separados ou legalmente divorciados no início do estudo e manterem-se assim até ao seu final).

O quadro nº 5 apresenta a distribuição do número de irmãos que cada sujeito possuía, em cada aplicação.

Quadro n° 5: Percentagem do número de irmãos que cada sujeito possuía em cada aplicação

	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação
0 Irmãos	24.4%	23.3%	21.9%	21.6%	20.9%
1 Irmão	53.4%	54%	53.9%	53.6%	54.4%
2 Irmãos	16.7%	16.9%	18.3%	17.5%	17.7%
3 Irmãos	3.8%	4.5%	4.6%	5.3%	4.7%
4 Irmãos	1.0%	1.1%	1%	1.2%	1.4%
5 ou mais Irmãos	.7%	.2%	.2%	.7%	.9%

A instabilidade verificada nos dados percentuais patentes no quadro n° 5, em especial ao nível dos índices referentes a maior número de irmãos, parece dever-se, quer ao facto de existirem muitos sujeitos a entrarem e a saírem desta amostra, de aplicação para aplicação, quer também ao facto das estimativas de percentagem envolvendo maior número de sujeitos, apresentarem uma estabilidade superior (como é visível, as estimativas percentuais relativas à categoria "5 ou mais irmãos" não diferem de zero e representam dados de um número muito reduzido de sujeitos).

As oscilações nesta variável estão dependentes do nascimento ou

morte de um irmão, da separação da família (por exemplo por divórcio dos pais) ou do novo casamento de um dos progenitores com alguém que já possuísse filhos de uma anterior ligação.

A categoria "1 irmão" apresenta sempre resultados acima dos 50%, seguindo-se-lhe, com maior número de sujeitos, a classe das crianças filhas únicas. Nas restantes classes, quanto maior o número de irmãos, menor o número de sujeitos que a compõem.

As percentagens patentes no quadro nº 6 descrevem-nos a forma como se distribuem, nesta amostra global, o número de insucessos escolares (reprovações), de acordo com cada aplicação e ao longo dos três anos da recolha de dados.

Quadro n° 6: Distribuição do número de reprovações dos sujeitos da amostra global, ao longo dos cinco momentos avaliativos

	1ªAplicação	2ªAplicação	3ªAplicação	4ªAplicação	5ªAplicação
Nunca reprovou	90%	88.7%	93.2%	87.3%	89.7%
Reprovou 1 vez	9.6%	10.5%	6.3%	11.6%	8.1%
Reprovou 2 vezes	.4%	.5%	.5%	.8%	1.7%
Reprovou 3 vezes	0	.3%	0	.2%	.4%
Reprovou 4 ou mais vezes	0	0	0	.07%	.1%

As percentagens aqui apresentadas denotam, de novo, na sua instabilidade, o grande fluxo de entrada e de saída de sujeitos na amostra global, de aplicação para aplicação. Igualmente, evidenciam um crescendo lógico do número de reprovações com o passar dos anos escolares. Os sujeitos sem reprovação representam a esmagadora maioria da amostra (entre os 87 e os 90%). São muito baixas as percentagens de sujeitos que reprovaram 3, 4 ou mais vezes (.07 a .4%). Algumas aparentes incongruências nas percentagens apresentadas serão devidas,

possivelmente, à saída dos sujeitos com maior número de reprovações (essencialmente por mudança de escola numa tentativa para conseguir aproveitamento noutro estabelecimento escolar). Este parece ser claramente o caso do valor de .3% da 2ª Aplicação, na categoria de 3 reprovações, percentagem que passa a zero na aplicação seguinte. De novo se relembra que as estimativas de percentagem nas categorias "reprovou 2, 3, 4 ou mais vezes", não diferem de zero e são relativas a um número ínfimo de sujeitos.

Finalmente, encontram-se no quadro nº 7 os dados relativos ao número de sujeitos que, em cada aplicação, se encontrava "Pela primeira vez naquele colégio".

Quadro nº 7: Distribuição dos sujeitos segundo a condição "estar pela primeira vez naquela escola" e "não estar pela primeira vez naquela escola", no decorrer das 5 aplicações.

	1ªAplicação	2ªAplicação	3ªAplicação	4ªAplicação	5ªAplicação
Está pela 1ª Vez no colégio	11.3%	11%	13%	8.8%	11%
Não está pela 1ª vez no colégio	88.7%	89%	87%	91.2%	89%

Como se pode verificar, a grande maioria dos sujeitos da amostra total não se encontrava pela primeira vez a frequentar o colégio onde foi avaliada (87 a 91% contra 8 a 13% que se encontrava no colégio, pela primeira vez, aquando de cada avaliação). As percentagens encontradas nesta categoria pouco diferiram ao longo das várias aplicações.

1.3.2. Amostra Longitudinal: aspectos descritivos

O estudo envolveu também uma sub-amostra, retirada da amostra global. Esta amostra designar-se-á por **amostra longitudinal**, já que envolve todos os sujeitos que foram avaliados em todas as cinco aplicações realizadas. A caracterização dessa amostra encontra-se nos quadros nº 8 a nº 12.

Quadro nº 8: Caracterização da amostra longitudinal,
em termos de número de sujeitos, sexo e colégio

Número de Sujeitos	N=344 (a)
Distribuição por Sexos (1)	M=55.1% F=44.9%
Distribuição por Colégios (2)	A=41% V=59%

(1) M= Sexo Masculino F= Sexo Feminino (2) V= Colégio V A= Colégio A

(a) Dado que foram aplicados diversos instrumentos a cada sujeito e alguns desses instrumentos foram invalidados por terem itens não respondidos, este número variará ligeiramente de instrumento para instrumento, pelo que, em cada momento da apresentação dos dados, será discriminado o número particular de sujeitos envolvidos

Analisando o quadro nº 8, que apresenta as variáveis que se mantiveram imutáveis nesta amostra, ao longo de todo o estudo, podemos verificar que, tal como acontecera com a amostra global, há uma maior incidência de rapazes que de raparigas, apesar da discrepância entre o tamanho dos dois grupos não ser marcante. Quanto à variável referente aos colégios, verifica-se um maior número de sujeitos oriundos do colégio V, o qual, como já atrás referimos, abrangia uma população mais vasta do que o colégio A.

O quadro nº 9, que em seguida se apresenta, descreve-nos a forma como os sujeitos da amostra longitudinal se distribuíram, ao longo das várias aplicações, nos diversos anos de escolaridade.

Quadro nº 9: Distribuição dos sujeitos do estudo longitudinal pelos diversos anos de escolaridade, ao longo das várias aplicações

	1ªAplicação	2ªAplicação	3ªAplicação	4ªAplicação	5ªAplicação
3º ano	N= 98	N= 0	N= 0	N= 0	N= 0
4º ano	N= 87	N=100	N= 100	N= 3	N= 0
5º ano	N= 114	N= 86	N= 86	N= 98	N= 4
6º ano	N= 44	N= 118	N= 119	N= 87	N= 101

7º ano	N= 1	N= 38	N= 38	N= 117	N= 96
8º ano	N= 0	N= 1	N= 1	N= 38	N= 104
9º ano	N= 0	N= 0	N= 0	N= 1	N= 39

As oscilações patentes no número de sujeitos, entre as várias aplicações, devem-se àqueles que reprovam e que, em vez de avançarem com o seu grupo, como um bloco, para o ano lectivo seguinte, se juntam, uma ou mais vezes, aos grupos de sujeitos das aplicações anteriores.

Os valores de N relativos à 2ª e à 3ª Aplicações são iguais, dado que, relembramos, estas aplicações, contrariamente às outras, foram realizadas no mesmo ano lectivo e porque, por definição, a amostra longitudinal só comporta os sujeitos que se mantiveram no colégio e que completaram os vários instrumentos em todos os momentos avaliativos.

Dada a natureza desta amostra, verifica-se que a grande concentração de sujeitos, nas primeiras aplicações, se encontra nos anos de escolaridade mais baixos (3º a 5º) e que a maior concentração dos sujeitos das últimas aplicações se encontra nos anos escolares mais avançados (6º a 9º). Obviamente que, com o passar do tempo, as crianças tenderão a avançar nos anos lectivos, deixando sem sujeitos, as categorias relativas aos anos escolares mais baixos. O número destes sujeitos depende daqueles que reprovam (por exemplo, um sujeito na categoria 8º ano, da 2ª Aplicação corresponderá a uma reprovação)...

O quadro nº 10, que se segue, informa-nos sobre a quantidade de sujeitos da amostra longitudinal que vivia com ambos os pais em cada

aplicação.

Quadro nº 10: Distribuição percentual dos sujeitos da amostra longitudinal quanto à variável "viver com ambos os pais", ao longo das 5 aplicações

	1ªAplicação	2ªAplicação	3ªAplicação	4ªAplicação	5ªAplicação
Vive com os pais	88%	81.4%	82.8%	81%	80.5%
Não vive com os pais	16.6%	18.6%	17.2%	19%	19.5%

Verifica-se que, com o passar do tempo, aumenta o número de crianças que não vive com ambos os seus pais, apesar de, tal como acontecia na amostra global, haver uma percentagem muito mais elevada de sujeitos que vivem em famílias intactas. No entanto, estas percentagens são ligeiramente inferiores às encontradas para a amostra global, havendo percentualmente, na amostra longitudinal, menos crianças que não vivem com ambos os pais (na amostra global os valores encontravam-se entre 19.2 e 22.8% e na longitudinal entre 16.6 e 19.5%).

O quadro nº 11 apresenta-nos a forma como os sujeitos se distribuíram, ao longo das 5 aplicações, de acordo com o número de irmãos que possuíam (as categorias apresentadas incluem os casos entre 0 e 5 irmãos, número máximo de irmãos que os sujeitos da amostra longitudinal apresentavam).

Quadro n° 11: Distribuição do número de sujeitos da amostra longitudinal, em função do número de irmãos que possuem, ao longo das cinco aplicações

	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação
0 Irmãos	N= 89	N= 90	N= 85	N= 80	N= 83
1 Irmão	N= 185	N= 186	N= 186	N= 188	N= 184
2 Irmãos	N= 54	N= 51	N= 54	N= 54	N= 55
3 Irmãos	N= 11	N= 12	N= 13	N= 13	N= 15
4 Irmãos	N= 4	N= 5	N= 5	N= 7	N= 5
5 Irmãos	N= 1	N= 0		N= 2	N= 2

Tal como acontecia na amostra global, as alterações no número de irmãos que se verificam neste quadro, de aplicação para aplicação, estão dependentes do nascimento ou morte de um irmão, da separação conjugal (com a fratria a ser dividida e umas crianças a serem entregues ao pai e outras à mãe), ou do casamento ou união dos pais com indivíduos que já tivessem filhos de anteriores ligações. Ainda assim, a variabilidade, ao longo das cinco aplicações, é reduzida.

Da mesma forma que na amostra total, a classe mais representada é a das crianças com apenas um irmão, seguida, de longe, pela categoria das crianças que são filhas únicas. As outras categorias seguem igualmente o padrão já encontrado, isto é, quanto maior o número de irmãos, menor o número de sujeitos nela incluídos.

Finalmente, no quadro nº 12, podemos ver a distribuição das crianças da amostra longitudinal, sem ou com reprovações escolares (1, 2, 3 ou 4 reprovações), no decorrer dos cinco momentos avaliativos.

Quadro nº 12: Distribuição do número de sujeitos que reprovaram, ao longo das cinco aplicações e de acordo com o número de reprovações

	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação
Nunca reprovou	N=329	N=322	N=322	N=316	N=308
Reprovou 1 vez	N=15	N=21	N=21	N=26	N=24
Reprovou 2 vezes	N=0	N=1	N=1	N=1	N=9
Reprovou 3 vezes	N=0	N=0	N=0	N=1	N=2
Reprovou 4 vezes	N=0	N=0	N=0	N=0	N=1
Total de reprovações	N=15	N=22 (a)	N=22 (a)	N=28	N=36

(a) Não existe diferença entre os totais da 2ª e da 3ª aplicações já que, relembramos, elas foram efectuadas em dois momentos do mesmo ano lectivo

Como era de esperar, verifica-se um aumento claro do número de reprovações com o avançar nos anos escolares (para mais do dobro, nos

três anos em que o estudo decorreu, entre a 1ª e a 5ª Aplicações) e a frequência de sujeitos é tanto menor, quanto maior é o número de reprovações. Os sujeitos que reprovaram uma vez estão em clara superioridade numérica, quando comparados com aqueles que reprovaram mais do que uma vez. No entanto, a esmagadora maioria dos sujeitos não reprova nenhuma vez ao longo do estudo.

1.3.3. Comparações entre a amostra global e a amostra longitudinal

Ao compararmos (Teste de homogeneidade χ^2) a amostra global e a longitudinal, verificamos que esta não difere da amostra global nas variáveis "sexo" ($p = .41$), "número de irmãos" ($.25 < p < .89$) e "viver com ambos os pais" ($.03 < p < .88$)."

Difere significativamente, no entanto, nas variáveis "colégio A ou V", "reprovação", "estar pela 1ª vez no colégio" e "ano de escolaridade" ($p=.00$). Analisemos estas diferenças.

Na primeira dessas variáveis, verifica-se que a amostra longitudinal difere da global, já que apresenta significativamente mais sujeitos do colégio A, quando comparada com a amostra global. Assim, embora o colégio A seja o colégio menos representado no estudo, este está sobre-representado na amostra longitudinal. Note-se, porém, que o número de indivíduos do colégio V é, tal como na amostra total, superior em termos

Dado se tratar de um conjunto múltiplo de testes, a inflação foi contrastada pelo método de Bonferroni. Sendo que tínhamos 5 comparações $\alpha = 0.05 = 0.01$ (Garcia-Marques e Azevedo, in press).

absolutos.

Quanto à variável "reprovação" verifica-se, na amostra longitudinal, uma sobre-representação dos sujeitos que não reprovaram. Podemos supor uma explicação para este facto. Assim, é possível que haja uma maior tendência para os sujeitos que reprovam mudarem de escola (na procura de um local onde se adaptem melhor ou tenham melhor rendimento) e, portanto, ao saírem do colégio, saiam do grupo longitudinal.

A variável "estar pela 1ª vez naquele colégio" difere por razões óbvias: só os sujeitos que ficam mais do que um ano no colégio fazem parte da amostra longitudinal, ou seja, esta tem, obrigatoriamente, sujeitos que não entraram pela primeira vez no colégio. Há, portanto, uma sobre-representação (forçada às características do estudo) dos sujeitos que não estão pela primeira vez no estabelecimento de ensino.

Finalmente, a diferenciação a nível da variável "ano de escolaridade" é igualmente explicada pelo facto dos sujeitos dos primeiros e últimos anos escolares (aqueles que entram ou saem do colégio) fazerem parte da amostra global, mas não fazerem parte da amostra longitudinal. Assim, não só as concentrações de sujeitos por anos de escolaridade diferem entre estas duas amostras, como no grupo longitudinal essas concentrações são diferentes de aplicação para aplicação. Na 1ª Aplicação há uma maior concentração de sujeitos dos primeiros anos de escolaridade, não estando representados os últimos anos, enquanto que, na 5ª Aplicação, se passa o inverso.

1.4. Instrumentos avaliativos utilizados

1.4.1. Apresentação dos instrumentos

Apresentam-se, de seguida, os instrumentos de avaliação utilizados no estudo empírico. Num primeiro momento descrevem-se aqueles que, originários de outros autores e outros países, necessitaram ser traduzidos e modificados para uso com a nossa população. Aqui se atende a aspectos de formato, conteúdo, cotação e adaptação e a dados existentes sobre as suas qualidades psicométricas e as suas características normativas junto de populações clínicas e escolares doutros países.¹⁷⁹ Num momento seguinte apresentam-se os instrumentos que foram criados para esta investigação. Serão descritos, igualmente, nos seus formatos, conteúdos e formas de cotação. As qualidades psicométricas destes instrumentos na população portuguesa estudada no presente estudo serão descritas no ponto seguinte deste capítulo. Todos os instrumentos se encontram em anexo no final do trabalho.

¹⁷⁹ Dado o facto de não serem incluídos no estudo os resultados da Entrevista Socio-Cognitiva, nem da Entrevista Clínica à criança e à família (ISC), estes dois instrumentos não serão apresentados neste trabalho.

1.4.1.1. Instrumentos de avaliação traduzidos e adaptados para esta investigação

Instrumentos de auto-descrição

(1) **SCDI** (Short Children's Depression Inventory, Carlson & Cantwell, 1980) - Inventário Breve para Depressão Infantil

O SCDI é uma adaptação de um questionário desenvolvido para adultos (o Short Beck Depression Inventory - SBDI - de Beck [1967]), para uso junto de crianças e adolescentes. Possui um total de 19 itens, centrados sobre os sintomas cognitivos, vegetativos e somáticos da depressão. Tal como o BDI e o SBDI, tem um formato de resposta em escolha múltipla, envolvendo 4 alternativas (cotadas como 0, 1, 2 ou 3), em que a ordenação corresponde a uma sequência crescente de gravidade, coincidindo o 3 com o nível de depressão mais elevado. As cotações podem assim oscilar entre 0 e 57.

A sua aplicação concretiza-se pela leitura e preenchimento das respostas na folha do questionário e envolve a escolha de apenas uma das opções propostas.

Os dados existentes sobre as suas propriedades psicométricas e utilidade em clínica e em investigação são escassos, mas os resultados preliminares sugerem que possui algum potencial para aplicação em ambos estes contextos (Finch & Rogers, 1984).

(2) **CDI** (Children's Depression Inventory, Kovacs, 1980/1981; Kovacs, 1978; Kovacs & Beck, 1977) - Inventário de Depressão para Crianças

O CDI é o instrumento de autodescrição de sintomas depressivos mais estudado e utilizado com populações infantis e juvenis (Finch, Saylor, & Edwards, 1985; Kovacs, 1985). É por isso, igualmente, o mais comum e o mais citado na literatura da depressão infanto-juvenil. Surge em artigos que exploram as suas qualidades psicométricas e clínicas e igualmente em publicações de teor empírico (como definidor dos grupos e dos casos depressivos) ou de teor clínico (identificando os casos e avaliando a mudança terapêutica).

Trata-se de uma escala composta por 27 itens, adequada para crianças de idade escolar e para adolescentes; centrada na descrição de sintomas considerados, do ponto de vista teórico e clínico, típicos da depressão. O instrumento abrange a quantificação de sintomas (sinais da depressão) nas áreas da cognição, afecto e comportamento, implicando "a alteração no humor, as funções vegetativas, a autodescrição, a capacidade hedónica e os comportamentos interpessoais" (Kovacs, 1985, p.995). Envolve, assim, questões descritivas relativas a tristeza, pessimismo, sentimentos de insucesso, insatisfação, culpa, não gostar de si, auto-agressão, isolamento social, suicídio, indecisão, mudança na auto-imagem, dificuldades no trabalho escolar, fadigabilidade, problemas de sono e de alimentação.

Crê-se que a formulação na língua original esteja adaptada ao nível de literacia referente ao primeiro ano de escolaridade.

Trata-se de um instrumento breve, abrangendo uma larga classe de comportamentos. As respostas, marcadas pelo próprio sujeito na folha do questionário, são dadas através da escolha de uma de três frases

descrevendo três possibilidades, ordenadas por gravidade de expressão sintomática. O avaliador deverá seleccionar uma e apenas uma escolha em cada item, optando por aquela que melhor represente e descreva o seu comportamento nas últimas duas semanas.

A cada alternativa é dado um peso não empírico de 0 a 2, com 2 correspondendo à resposta indicativa de um máximo de gravidade e, portanto, de depressão. Metade dos itens iniciam as suas escolhas com a frase descritiva correspondente ao limite superior de gravidade e a outra metade dos itens inicia-se com as escolhas correspondentes ao 0, ou seja, à gravidade mínima. Os resultados finais, atingidos através do somatório das escolhas possíveis, oscilam assim entre 0 e 54 pontos.

O CDI é uma adaptação do BDI (Beck Depression Inventory, Beck, 1967), este último amplamente utilizado com adultos e considerado por muitos como a melhor medida de autodescrição para avaliação da gravidade geral da depressão (Rehm, 1988).

O CDI combina o formato do BDI com uma linguagem mais simples e foi redigido a partir de reflexões conceptuais sobre o tema, bem como de propostas para alteração semântica realizadas por grupos de crianças com idades entre os 10 e os 15 anos. Este trabalho levou à eliminação de 1 item do BDI, apenas próprio a adultos (sobre a libido) e à soma de mais 5 itens relativos à relação com colegas e a comportamentos escolares. Foram assim incluídas, questões que avaliam os efeitos e as manifestações da depressão em contextos e ambientes próprios e particulares às crianças, como é o caso da escola.

O formato de escolha de 4 alternativas, patente no BDI, foi modificado por Kovacs, que reduziu as escolhas apenas para três opções por item.

Este trabalho de adaptação veio a culminar, após novas fases de teste junto de populações clínicas e "normais"; de análises psicométricas do instrumento e de novas reorganizações e introduções de itens com melhor validade facial, naquela que é hoje a versão definitiva. Estávamos no ano de 1979 (Kovacs, 1983, 1985) e a partir daí o uso do CDI foi imparável, levando à sua tradução, segundo nosso conhecimento, em espanhol, francês, italiano, alemão e português. Da tradução portuguesa existem quatro versões: uma versão brasileira, uma do Prof. Américo Baptista, uma do Dr. Cabalero Pereira (esta realizada em conjunção com uma equipe de psiquiatras espanhóis) e aquela que é apresentada no presente trabalho e que foi fruto de adaptação e tradução directa, pela autora desta tese, do original norte-americano (após a devida autorização da autora da escala).

Ainda que inicialmente este instrumento tenha sido desenvolvido para aplicação individual em contexto clínico, a sua administração colectiva em trabalhos de investigação mostrou-se fácil e útil, o que tornou a sua utilização também frequente nos estudos empíricos (Friedman & Butler, 1979, citado em Kovacs, 1985). Com instruções específicas e claras e leitura em voz alta por parte do avaliador, em particular junto das crianças mais novas, a aplicação evidenciou ser eficaz em administrações colectivas de sala de aula.

O instrumento foi desenvolvido com o propósito de avaliar a gravidade dos sintomas depressivos e não com o objectivo de ser um instrumento de diagnóstico.

A determinação da maior ou menor utilidade do uso de um instrumento deste tipo junto de populações clínicas e não clínicas, depende da natureza e formato das questões que ele coloca (Rehm, 1988).

Precisamente por isso, este instrumento parece ser mais útil no contexto de selecção e investigação. Ainda assim, parece também poder ser proveitoso como medida de mudança terapêutica (Preskorn et al., 1982).

Qualidades psicométricas do CDI

Os estudos psicométricos do CDI, publicados, sobretudo, sobre a sua versão anglo-saxónica e, recentemente, sobre a sua versão espanhola, têm sido vastos e os resultados encontrados, se bem que nem sempre consonantes, têm apontado algumas conclusões satisfatórias.

A investigação da precisão do CDI demonstrou uma consistência interna aceitável. Os valores, analisados através do coeficiente alfa de Cronbach, encontravam-se entre .70 e .94, com maior incidência em resultados superiores a .80 (.71 num grupo clínico pediátrico em apoio ambulatorio, .79 para um grupo de crianças em apoio médico, com diagnóstico de diabetes mellitus, .80 num grupo de crianças emocionalmente perturbadas, .84 numa amostra alargada de jovens estudantes, .86 numa amostra de crianças referidas para apoio psiquiátrico e .94 junto de crianças "normais") (Cole, 1991; Kovacs, 1978; Orvaschel et al., 1980; Saylor et al., 1984a; Strauss, Forehand, Frame & Smith, 1984).

Os **coeficientes de correlações itens-resultado global** mostraram-se adequados, à excepção do caso dos itens 5, 15 e 18, que praticamente não contribuem, em nada, para o resultado total ($r_s = .13$ a $.25$). Os valores destes coeficientes têm demonstrado variações de população para população, parecendo assim, segundo a própria autora do instrumento, que o "o constructo que é quantificado pelo CDI não apresenta a mesma realidade para diferentes grupos" (Kovacs, 1985, p. 996).

Os resultados de teste-reteste efectuados têm, igualmente, sido diversificados, indo o grau de estabilidade de "excelente" a "pobre" ($r_s = .94$ a $.38$). Estes resultados parecem igualmente depender das características da população (estatuto clínico, idade e sexo) e do tamanho do intervalo (Saylor et al., 1984). Assim, por exemplo, temos resultados de $.81$ em duas semanas, $.74$ e $.77$ em três semanas, $.43$ ou $.82$ num mês, $.59$ em seis semanas, $.84$ entre nove a treze semanas e $.69$ num ano; da mesma forma se encontraram resultados de $.38$ numa amostra de crianças "normais" e $.87$ numa amostra de crianças emocionalmente perturbadas, num período de uma semana (Friedman & Butler, 1979; Mietzis et al., 1978). Verificou-se uma atenuação significativa nos resultados aquando de administrações repetidas do instrumento (Saylor et al., 1984a).

As correlações Spearman-Brown realizadas para itens pares/ímpares foram de $.81$ e $.74$ para uma população normal e uma emocionalmente perturbada, respectivamente e os valores encontrados para a primeira metade/segunda metade, para os mesmos grupos, foram de $.73$ e de $.57$ (Finch & Rogers, 1984; Saylor et al., 1983).

A análise factorial deste instrumento parece apontar para que, em grandes amostras escolares, ele meça um constructo unidimensional (Kovacs, 1983).¹⁸⁰

Num estudo de Mietzis e colegas (1978), citado em Kovacs (1985), envolvendo 860 sujeitos de ambos os sexos, com idades entre os 8 e os 14 anos, uma análise factorial com rotação varimax demonstrou um factor principal (eigenvalue=5.95), o qual representava 63,7% da variância.

180 Aquando do uso deste instrumento junto de professores - utilizando-o, não como um instrumento de auto-retrato, mas para um professor avaliar um determinado aluno - verificou-se que a escala se demonstrava multidimensional. Surgiram 4 factores na análise factorial: Comportamento afectivo, Imagem/Ideação, Relações interpessoais e Culpa/Irritabilidade (Helsel & Matson, 1984).

O factor seguinte, representando 10,7% da variância, não demonstrava unidade no seu eigenvalue.

A validade discriminante do CDI tem sido a propriedade psicométrica mais criticada e discutida, já que tem provocado conclusões contraditórias. Nalguns estudos, este instrumento não diferencia entre populações "normais" (não clínicas) e populações em apoio psiquiátrico/psicológico, enquanto noutros consegue demonstrar distinção entre estes dois tipos de grupos.

Por exemplo, numa investigação levada a cabo com uma amostra de crianças "normais" e uma amostra clínica heterogénea, os resultados foram no sentido da não diferenciação (cotações do grupo clínico, com $n=75$: média = 9.7, desvio-padrão = 7.3, limites 0 - 37; cotações do grupo "normal", com $n=860$: média = 9.3, desvio-padrão = 7.3, limites = 0 - 51)."

Num outro estudo, envolvendo um grupo clínico (Moretti et al., 1985), o CDI identificava adequadamente as crianças depressivas, mas a discriminação era fraca entre pacientes internados, depressivos e não depressivos. Ainda que as médias fossem muito diferentes, os resultados entre crianças depressivas e crianças com distúrbios de conduta mostravam-se bastante sobrepostos (Kazdin, Rancurello & Unis, 1987a).

Em contraste, num outro estudo (Saylor et al., 1984), o CDI diferenciava entre crianças em apoio clínico e crianças de uma amostra escolar, numa investigação que teve o cuidado metodológico de ter feito ambas as amostras populacionais coincidentes em termos de idade e sexo. O mesmo acontecia com um estudo de Preskorn e colegas, já citado, onde os

¹⁸¹ Muitos destes estudos parecem sofrer de graves problemas metodológicos e estatísticos, como é o caso deste que compara amostras com tamanhos bastante díspares.

resultados do CDI, num grupo de crianças gravemente depressivas, hospitalizadas, se encontravam associados, quer ao estatuto clínico, quer aos níveis de anti-depressivos na corrente sanguínea (Preskorn et al., 1982).

Saylor e colegas (1988) concretizaram uma outra investigação envolvendo três grupos clínicos (um de crianças em internato de pediatria (Grupo 1), um de crianças e adolescentes em internato de psiquiatria (Grupo 2), um de crianças e adolescentes em tratamento ambulatorio de psiquiatria (Grupo 3) e um grupo de crianças "normais" de estabelecimentos escolares, coincidentes em sexo e idade com as amostras clínicas (Grupo 4). As suas idades estavam compreendidas entre os 7 e os 16 anos e a amostra total envolvia 112 rapazes e 96 raparigas.

Como a análise de variância desenvolvida demonstrou diferenças significativas ($F(3,204) = 3.40, p < .02$), foi empregue uma análise de Duncan (Duncan Multiple Range Test) para comparar médias entre os grupos. A média mais elevada (de 13.2) pertencia ao Grupo 1, e as dos Grupos 2 e 3 eram, respectivamente, de 10.18 e de 9.02. Não se diferenciavam, significativamente, do grupo "normal" (Grupo 4), o qual apresentava uma média de 10.88. Todos os grupos apresentavam resultados dentro das cotações consideradas não clínicas e algumas das crianças, tidas como clinicamente bastante depressivas pelos técnicos de saúde mental, avaliavam-se com resultados estranhamente abaixo dos níveis "normais" de depressão.

Strauss e colaboradores verificaram que uma amostra de crianças avaliadas em contexto escolar mostravam níveis elevados de depressão, mas igualmente níveis elevados de ansiedade, levando a supor que o CDI possa avaliar um mal-estar emocional geral, em vez de uma

entidade específica como a depressão (Strauss, Forehand, Frame & Smith, 1984).

Estes resultados não esclarecem a dúvida sobre a possibilidade do CDI medir um constructo multidimensional, que se sobreponha a outras psicopatologias infanto-juvenis. É que os sintomas que ele descreve parecem coincidir com outros distúrbios psiquiátricos, tornando as fronteiras diferenciadoras pouco claras (Finch et al., 1985; Saylor et al., 1984; Saylor et al., 1986; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987).

Na sequência da análise de um conjunto de publicações sobre a validade discriminante do CDI, Lobovitz e Handal (1985) defendem que este instrumento identifica adequadamente entre 1/3 e 2/3 das crianças com diagnóstico de depressão. Consoante o posicionamento, mais ou menos optimista, este resultado pode ou não ser considerado como satisfatório.

Ao estudar a validade discriminante entre crianças com diagnóstico clínico de depressão e crianças com outros diagnósticos clínicos em apoio ambulatorio, Kovacs encontrou resultados indicadores de que o CDI conseguiria discriminar certos tipos de grupos diagnósticos, de acordo com os critérios do DSM-III e era sensível à extensão e gravidade do síndrome depressivo, apoiando assim a sua validade de diagnóstico. No entanto, as diferenças reais nos resultados do CDI entre os diversos grupos de diagnóstico (Distúrbio de Depressão Maior, Distúrbio Distímico, Distúrbio de Depressão Maior em remissão parcial, Distúrbio de Ajustamento com Humor Depressivo, Distúrbio Oposicional/de Conduta) mostravam-se, neste mesmo estudo, pouco marcadas, apresentando, também, médias bastante inferiores às das crianças e jovens internados.

Estes resultados levaram Kovacs a fazer o reparo de que "não será ajuizado usar o CDI como medida isolada para seleccionar pacientes.

Em vez disso, ela deve servir inicialmente como um apoio complementar ao diagnóstico clínico" (Kovacs, 1985, p. 998).

Este insucesso na discriminação entre grupos clínicos e não clínicos, ou entre diferentes grupos clínicos (ou seja, o facto do CDI não distinguir, invariavelmente, as crianças com e sem diagnóstico de depressão) merece alguma reflexão, já que põe em causa a sua validade, quer para a avaliação da depressão, quer para avaliação de inadequação psicológica geral (Carey et al., 1987; Kazdin, 1988; Kazdin, Rancurello & Unis, 1987; Saylor et al., 1984). Apesar desta inadequação não ser específica a este instrumento, nem a estas idades, mas comum a todos os instrumentos auto-descritivos, em qualquer nível etário (Kazdin, 1988), ela vem empurrar as conclusões no sentido do uso do CDI como fonte de dados complementares sobre a sintomatologia e não como um instrumento de diagnóstico, para usar separadamente. Vem, sobretudo, reiterar a importância de interpretar com cuidado os resultados encontrados junto da população juvenil com ele avaliada.

O CDI parece mostrar ainda resultados pouco confiantes no contexto clínico (Lefkowitz & Tessiny, 1985). É de notar, no entanto, que o uso deste instrumento como medida inicial de despiste, quer para uso em contexto clínico de apoio psicológico/psiquiátrico, quer em contexto de investigação, tem vindo a ser defendido, face à necessidade prática frequente de um instrumento deste tipo nesses contextos particulares (Saylor et al., 1988).

Quanto à **validade concorrente**, o CDI correlaciona-se, na direcção esperada, com medidas de constructos que estão conceptualmente ligados à depressão, tais como a auto-estima, as atribuições cognitivas negativas, o locus de controle externo e o desânimo aprendido (Kazdin, Rancurello &

Unis, 1987; Kazdin, 1989; Kovacs, 1981; Lasko, 1986; Saylor et al., 1984; Seligman et al., 1984).

Kovacs (1985) apresenta dados sobre a validade concorrente do CDI, a qual foi determinada em relação a duas escalas de autodescrição, uma relativa a ansiedade manifesta e outra relativa à auto-estima. Numa amostra de crianças em apoio psiquiátrico, os resultados encontravam-se correlacionados (sendo altamente significativa a associação entre as escalas de depressão e de ansiedade - $r = .65$, $p < .0001$, $n = 55$ - e igualmente correlacionadas as de depressão e auto-estima baixa - $r = -.59$, $p < .0001$, $n = 81$).

Os resultados mais elevados do CDI têm evidenciado, igualmente, correlações positivas significativas com baixo rendimento escolar, com problemas de atenção e com baixo funcionamento e aceitação social (isolamento, falta de competências de asserção social, menor popularidade (Girgus et al., 1986; Strauss, Forehand, Frame & Smith, 1984; Vosk et al., 1982, citado em Clarizio, 1984), demonstrando assim que este tipo de comportamentos ou desadaptações devem ser tidos em conta com redobrada atenção quando encontrados.¹²

Após a análise da literatura sobre o assunto, podemos dizer, em síntese que, apesar das discordâncias parciais e pontuais, os critérios mais frequentemente utilizados para definir "caso depressivo" são, ora um ponto

¹² Os dados provenientes de diversos estudos com o CDI, mostram-nos, quer a diversidade, quer a consonância nos valores encontrados, relativos à média, ao desvio-padrão e ao critério para determinação do grupo a partir do qual um sujeito é considerado depressivo ou não depressivo, e.g. critério de > 19 para depressão grave, ou 10% superior da amostra e > 10 para depressão moderada (Kovacs, 1983; Polaino-Lorente & Doménech Llamberia, 1990; Smucker et al., 1986); de um desvio-padrão acima da média normativa (Finch et al., 1983; Smucker et al., 1986); de > 19 ou 12,6% em pré-adolescentes e 20,2% em adolescentes (Mullins et al., 1985); de > 11 para depressivo e < 6 para não depressivo (Kaslow et al., 1983); de > 11 para depressivo e < 4 para não-depressivo (Sacco & Graves, 1984), ou de > 15 para depressão (Strauss et al., 1984).

Quanto às médias e aos desvios-padrão, uma das mais baixas encontradas aponta resultados de 8.70 (sd 4.50) para depressivos (Kaslow et al., 1983) e uma das mais altas mostra valores de 19.78 (sd 9.69) (McCaughey et al., 1988).

de corte de 19, ora um critério estatístico que envolve os 10% mais elevados da amostra.

Quanto às médias, o CDI tende a apresentar, mais comumente, uma média aproximada de 9.00 e um desvio padrão aproximado de 7.00, em amostras não-clínicas.

Características normativas

São poucos os estudos vocacionados para a determinação de dados normativos referentes ao CDI e os resultados não são lineares. Por vezes, mostram-se consonantes, como é o caso das conclusões de dois estudos realizados junto de duas populações de países diferentes, que verificaram que as características de cotação e distribuição numa amostra canadense (curva de J invertida) e noutra norte-americana, normativa, evidenciavam resultados praticamente idênticos (Finch, Saylor & Edwards, 1985; Kovacs, 1985; Smucker, Craighead, Craighead & Green, 1986). Outras vezes, não há concordância total nas conclusões a que se chega. Vejamos, por exemplo, o que diz respeito aos efeitos da idade e do sexo nos resultados do CDI.

De uma maneira geral, os estudos efectuados junto de crianças "normais" e em apoio clínico, não evidenciaram relação, nem com a idade, nem com o sexo dos sujeitos (Kovacs, 1985), apesar de haver uma tendência, nalguns casos, para as crianças mais novas terem resultados mais elevados (Saylor et al., 1984a). Por exemplo, alguns dos dados encontrados, em relação à idade, numa amostra heterogênea de crianças em apoio clínico psiquiátrico, numa amostra de crianças "normais" e numa amostra de crianças diabéticas, mostraram que os resultados do CDI não

estavam significativamente correlacionados com o nível etário ($r = -.10$; $r = -.02$, $r = -.08$, respectivamente). Em relação ao sexo, evidenciava-se a ausência de diferenciação entre raparigas e rapazes ($t = -.34$; $t = 1.73$; $t = 1.40$, respectivamente) (Kovacs, 1985).

Este tipo de conclusão está também patente nos estudos concretizados pela autora da escala (Kovacs, 1983), já que também não encontrou relação significativa, nem entre a idade, nem entre o sexo e o CDI total. No entanto, alguns dados empíricos mais recentes, vêm indicando que pode haver variação de resultados em função destas variáveis (Saylor et al., 1988). Por exemplo Hesel e Matson (1984) verificaram que a idade pode ser um factor significativo nos resultados da depressão, com as crianças mais velhas a apresentarem mais sintomas e maior gravidade.

Também um estudo de Smucker e colaboradores (1986) encontrou diferenças entre os sexos para algumas das correlações item-resultado total¹⁸³. Estes autores encontraram, igualmente, diferenças entre os sexos a nível da validade teste-reteste (no caso de um ano de intervalo e em especial nas raparigas e no 8º ano de escolaridade).

Nesse sentido vão também os dados de Finch e colegas. Num estudo por eles realizado, com a intenção de determinar normas para sexo e idade, estes autores encontraram efeitos significativos para o ano escolar ($F(6, 1449)=2.52$, $p<.02$), bem como para o sexo ($F(1,1440)=12.83$, $p<.0001$). No entanto, a magnitude destas diferenças era pequena. Não surgiu nenhum efeito sexo x ano. Dada a fraca magnitude das diferenças encontradas, os autores sugerem que, ainda que os dados normativos

¹⁸³ Quando os autores utilizavam os itens da escala como variáveis (descritores de comportamentos ou sintomas), alguns dos conteúdos mostravam-se mais salientes que outros num dos sexos, com os temas relativos a comportamentos exteriorizados a surgirem como mais salientes para os rapazes e, para as raparigas, após a pré-adolescência, o humor disfórico, o isolamento, a preocupação somática e a visão negativa do self a surgirem como mais frequentes.

possam divergir entre os sexos, o significado clínico dessas diferenças é duvidoso, sendo ainda menor o efeito do ano escolar, este sem significado clínico e mais difícil de interpretar. Parece assim que as crianças mais pequenas (2º e 3º ano de escolaridade) tendem a ter menos sintomas que as mais velhas (7º e 8º ano), mas, como já referimos, isto nem sempre é assim. Neste sentido, não são propostas normas separadas.

Adaptações para o presente trabalho

O CDI original (Kovacs, 1980/81) foi alvo de uma adaptação para esta tese. Essa adaptação envolveu o retomar do número de escolhas do instrumento de Beck (de que o CDI deriva), isto é, a possibilidade, nas respostas, de escolher entre 4 e não apenas entre 3 opções de resposta. A decisão relativa a esta mudança teve na base o facto de, a par do CDI, se utilizar, na presente investigação, um outro instrumento auto-descritivo (o DRSR, que apresentaremos em seguida), o qual possui, para cada item, três opções de resposta.

Dado que alguns autores consideram a existência de uma tendência para serem escolhidas as opções centrais, quando estas são em número ímpar, era minha intenção explorar até que ponto as crianças efectivamente o fazem e se haveria uma ligação entre a idade e esse comportamento na resposta ao questionário. Mantive assim as três escolhas do DSRS e alarguei a um número par as escolhas do CDI. Curiosamente, isso tornou a versão deste instrumento, por mim modificada, mais consonante com a versão do BDI para adultos, do qual deriva.

Os resultados encontrados na versão utilizada no presente estudo, são assim obtidos a partir da soma dos pesos de cada uma das quatro

frases seleccionadas, com valores entre 0 e 3, num total possível de 81 pontos, correspondendo este valor mais elevado a maior gravidade na depressão.

(3) **DSRS** (Depression Self-Rating Scale, Birlleson, 1981; Birlleson, Hudson, Buchanan & Wolff, 1987; Asarnow & Carlson, 1985)

A escala DSRS original foi desenvolvida por Birlleson (1981) ao adaptar, para uma amostra inglesa, a escala de Zung (1965). Apresentando um formato semelhante a esta última, contém 18 itens referentes a sintomas afectivos, cognitivos e comportamentais da depressão. A presença ou ausência do sintoma são avaliadas em relação com as últimas duas semanas e são cotadas em três alternativas: "quase sempre", "às vezes" e "nunca". Os resultados totais são obtidos pela soma das respostas dadas a todas as questões.

Em 1985, Asarnow e Carlson publicam um artigo em que adaptam e alargam esta escala. Com a intenção de a aproximarem mais dos critérios de diagnóstico utilizados para uma classificação psiquiátrica, juntam 3 itens de depressão e 3 itens derivados da Escala de Desespero (Hopelessness Scale) de Beck, Weissman, Lester & Texter (1974). Estes últimos itens foram incluídos, devido à elevada correlação habitualmente encontrada entre depressão e sentimentos de desesperança. Destes 26 itens, um veio a ser eliminado neste estudo de Asarnow e Carlson (1985), por razões psicométricas, ficando assim a escala com um total de 22 itens de depressão e 3 de desesperança.

As questões encontram-se formuladas de tal forma, que metade dos itens negam o sintoma e a outra metade afirma o sintoma, isto é, indica

a sua presença. Pontuam-se os níveis de gravidade de 0 a 2 pontos (ou de 2 a 0, de acordo com o tipo de item) e o resultado da escala será o somatório de todos os 21 itens de depressão. Os itens de desespero, embora correlacionados positivamente com o resultado global da escala, não são considerados para o cálculo desse resultado. A cotação máxima possível é assim de 42 pontos, correspondentes ao grau máximo de depressão.

Um resultado superior ou igual a 17 é considerado, nesta versão de Asarnow e Carlson (1985) como o ponto de corte ótimo para diferenciar entre depressivos e não depressivos. Este ponto de corte levou, no seu estudo, a 95% de especificidade, a 91% de homogeneidade, a 28% de sensibilidade e a 74% de classificações correctas, com poucos falsos positivos, mas diversos falsos negativos. Curiosamente, este ponto desce para 15 no estudo de Birlson e colegas (1987) realizado com uma população inglesa, tendo, na sua amostra, uma especificidade de 77%, uma sensibilidade de 67% e 24% de classificações incorrectas. Para os autores, neste estudo, o valor de predição de um resultado acima de 15 é elevado (97%), e de um resultado de 15 ou abaixo disso é diminuto (15%). Um valor total de 15 ou superior, tinha uma probabilidade seis vezes maior de estar associado ao diagnóstico clínico de depressão. Com estes valores, a incidência da depressão é de 5%, ou seja, para cada caso positivo verdadeiro identificado, há sete falsos positivos. Comparando os estudos realizados com a amostra norte-americana e com a inglesa, conclui-se da existência de um perfil semelhante (Birlson et al., 1987).

O valor preditivo do instrumento, quando comparado com uma avaliação psiquiátrica global, parece bom (Birlson et al., 1987), apesar de se verificar uma relativa sobreposição de categorias de diagnóstico e pouca validade no diagnóstico feito pelos clínicos através da entrevista clínica. Tal

leva os autores a concluir que este instrumento pode ser um bom auxiliar, ainda que imperfeito, na identificação de distúrbios psicológicos na infância (Birleson et al., 1987), já que é razoável a capacidade que apresenta de, se usado sozinho, identificar rapidamente, com 76% de classificações correctas, os deprimidos.

Apesar da sua simplicidade e facilidade de aplicação, este instrumento não tem sido muito frequentemente utilizado na literatura, pelo que os dados psicométricos que em seguida apresentamos se referem apenas a quatro estudos (Asarnow & Carlson, 1985; Beck, Carlson, Russel & Brownfield, 1987; Birleson, 1981; Birleson, Hudson, Buchanan & Wolff, 1987).

Qualidades psicométricas do DSRS

A **consistência interna** deste instrumento foi estudada através do alfa de Cronbach e o resultado encontrado foi de .76 ($p < .01$). O coeficiente de fidelidade de Spearman-Brown mostrou um resultado de .67. As **correlações item-resultado global** encontravam-se entre o nível moderado e o elevado e eram estatisticamente significativas para todos os itens (Asarnow & Carlson, 1985). O resultado de depressão encontrava-se significativamente relacionado com os totais de dois itens individuais: o 17, relativo à tristeza e o 20, relativo à brincadeira ou divertimento (Birleson et al., 1987).

A avaliação da **validade discriminante** da escala foi demonstrada através da sua capacidade para diferenciar entre crianças diagnosticadas como depressivas e como não depressivas. No entanto, não se demonstrou

capaz de diferenciar entre sub-tipos de depressão (Asarnow & Carlson, 1985). Segundo estes mesmos autores, a escala identificou, com eficácia, tal como o CDI, cerca de 1/3 a 1/2 das crianças com diagnóstico de depressão.

A **validade concorrente** do DSRS foi verificada pelas correlações positivas, elevadas e significativas com o CDI ($r=.82$, $p<.001$).

Normas do DSRS

O estudo de Asarnow e Carlson (1985) ao estudar as relações do resultado no DSRS com as variáveis sexo e idade, encontrou apenas um efeito ligeiramente mais elevado nas raparigas que nos rapazes. O estudo de Birlleson colaboradores (1987) não encontrou, no entanto, qualquer efeito relacionado com a idade, nem com o sexo. Os resultados relativos à idade poderiam ter a ver com as idades das amostras envolvidas, já que supondo-se um efeito etário a partir dos 15 anos (Rutter et al, 1976), esse efeito não podia ser discriminado nestes grupos, que envolviam crianças mais novas (para as quais o instrumento parece ser mais apropriado) (Birlleson et al., 1987).

É de notar que este instrumento não foi nunca calibrado para populações não clínicas.

Adaptações do DSRS para o presente estudo

A escala utilizada neste estudo distingue-se da de Asarnow e Carlson (1985) pelo facto de não incluir o item referente ao suicídio. Esta alteração foi provocada, como já dissemos, pelo facto da direcção dos colégios em que o estudo experimental se realizou, não desejar a sua

inclusão. A versão aqui utilizada compõe-se assim de 23 itens, dos quais 20 são de depressão e 3 de desespero. Este facto alterou a coincidência numérica dos números, entre esta versão e a de Asarnow e Carlson (1985). Assim, na versão da presente tese, para os itens que negam o sintoma (números 1, 4, 7, 9, 11, 12, 13, 16, 18 e 20) a cotação será:

Quase sempre = 0 pontos Às vezes = 1 ponto Nunca = 2 pontos

Para os itens que afirmam o sintoma (números 3, 5, 6, 10, 14, 15, 17, 19, 22 e 23) a pontuação será:

Quase sempre = 2 pontos Às vezes = 1 ponto Nunca = 0 pontos

Os itens 2, 8 e 21 correspondem à sub-escala de desesperança.

Na versão portuguesa adaptada para este trabalho, os resultados totais poderão oscilar entre 0 e 40 pontos, com 40 a corresponder ao máximo de depressão.

Instrumentos de hetero-avaliação

(4) **PNID** (Peer Nomination Inventory of Depression, Lefkowitz & Tessiny, 1980; 1981; Tessiny & Lefkowitz, 1982).

As medidas de avaliação pelos colegas estão dependentes do contexto grupal em que se insere o depressivo, contexto que é, habitualmente, o da sala de aula. Baseiam-se na nomeação das diferentes crianças, de acordo com frases descritivas de determinados comportamentos ou sintomas.

O PNID, criado por Lefkowitz e Tessiny, em 1980, é o único inventário existente que possibilita, através da nomeação feita pelos colegas, detectar a presença de sintomas depressivos (Polaino-Lorente & Doménech-Llaberia, 1990). Por ser pensado para uso na sala de aula,

destina-se ao estudo da depressão nas crianças normais, sendo particularmente apropriado e promissor em investigação e em estudos epidemiológicos (Kazdin, 1981).

Não se trata de um sociograma, já que não avalia a adaptação social, as relações entre iguais ou os sentimentos das crianças, umas em relação às outras. Trata-se, sim, de um instrumento que implica um julgamento do estado afectivo de uma criança a partir da percepção que dele têm os seus colegas.

É composto por 20 itens, distribuídos por três sub-escalas: a da depressão (13 itens), a da felicidade (4 itens) e a da popularidade (2 itens). A resposta a cada questão implica a identificação do ou dos colegas a quem se aplica a característica descrita no item. O resultado de cada criança, no final, é a soma das nomeações que ele ou ela recebem dos colegas, em cada uma das sub-escalas; essa soma é proporcional, já que é dividida pelo número de crianças da classe. Assim, cada criança da classe terá várias pontuações, uma para cada item e três totais, correspondentes a cada uma das 3 sub-escalas.

A relação entre as escalas de depressão (D) e as de popularidade (P) e felicidade (F) é inversa: quanto mais nomeações em D, menos se espera, teoricamente, que haja em P e F. As pontuações totais podem variar entre 0 (nenhuma nomeação) e a pontuação resultante do número de colegas que o nomearam em cada um dos 13 itens de D.

A administração é feita em grupo e o formato das questões é do tipo "Quem brinca muitas vezes sózinho?". A leitura dos itens poderá ser feita em voz alta, sobretudo junto das populações mais novas. A cada folha do questionário corresponde também uma folha com os nomes de todos os colegas da turma.

Para cada questão, a criança que responde deve ler todos os nomes da lista em anexo e seleccionar os que crê corresponderem a essa questão. Na formulação original, as crianças eram instruídas a desenharem uma linha à volta de todos os nomes da lista da sua classe que melhor correspondessem à descrição contida na pergunta.

Contrariamente ao que vem acontecendo com outros instrumentos, como o CDI, as características psicométricas e normativas do PNID, foram estudadas, quase exclusivamente, pelos seus próprios autores tendo apenas, em excepção a esta situação, merecido recentemente a atenção dos técnicos de saúde mental espanhóis, que o utilizaram num estudo epidemiológico da depressão e estudaram, posteriormente, as suas qualidades (Polaino-Lorente & Doménech-Llaberia, 1990).

Qualidades psicométricas e normas do PNID

Os autores do instrumento (Lefkowitz & Tessiny, 1980) estudaram cuidadosamente a escala que haviam criado, com o objectivo de a descreverem psicometricamente e de a validarem. Trabalharam com uma amostra de 944 crianças (452 rapazes e 492 raparigas), com uma média etária de 10.24 anos (desvio padrão de .78). As crianças avaliadas distribuíam-se por 61 salas de aula. A amostra estava dividida numa sub-amostra de standardização (com 472 sujeitos) e uma sub-amostra para validação transversal.

Sabe-se que, para populações norte-americanas, o PNID mostrou possuir boa **consistência interna** (Alpha de Cronbach > .85) e uma **relativa precisão teste-reteste** nos comportamentos que descreve (.79 num intervalo de 2 meses). A **contribuição dos itens para a escala total** mostrou-se en-

baixa a moderada (.34<rs>.71).

Numa população espanhola, envolvendo 1121 sujeitos, o Alfa de Cronbach encontrado foi semelhante (.80) (Ezpeleta et al., 1987).

Uma **análise factorial** do instrumento, envolvendo os itens de depressão e de felicidade, igualmente realizada pelos autores da escala, apontou a presença de quatro factores (que explicavam 54% da variância comum). Os três primeiros estavam relacionados com a depressão (isolamento, inadequação e abatimento) e o último era um factor de felicidade (Lefkowitz & Tessiny, 1980).

Verificou-se um **bom acordo entre avaliadores** e, nos estudos de **validação**, relações fracas entre os resultados no PNID e o das escalas de depressão de autodescrição (Kazdin, 1989). Por exemplo, a relação entre o PNID e o CDI é baixa, apesar de significativa ($r=.23$ em Lefkowitz & Tessiny, 1980; $r=.15$ em Polaino-Lorente & Doménech-Llaberia, 1990). Uma versão modificada do CDI mostra resultados semelhantes (Lefkowitz et al., 1985).

A relação com escalas de avaliação completadas por professores mostrou-se igualmente positiva e baixa, mas mais elevada do que entre o PNID e os instrumentos de auto-relato (Kazdin, 1989; Polaino-Lorente & Doménech-Llaberia, 1990).

No referido estudo de Polaino-Lorente e de Doménech-Llaberia, as correlações do PNID com uma entrevista clínica de diagnóstico de depressão (CDRS-R) eram igualmente positivas e um pouco mais elevadas do que com as de autodescrição.

O PNID mostrou-se **correlacionado** com o desempenho escolar (resultados mais elevados em D implicam notas escolares mais baixas), o autoconceito, a avaliação dos professores em aptidões de trabalho e em

comportamento social, bem como com avaliações realizadas pelos colegas nas sub-escalas de felicidade e popularidade (Lefkowitz & Tessiny, 1980; Tessiny & Lefkowitz, 1982; Lefkowitz et al., 1980; Polaino-Lorente & Doménech-Llaberia, 1990).

O estudo espanhol, aqui em referência, confirmou a capacidade do PNID em discriminar entre deprimidos e não deprimidos, estes diagnosticados com base numa entrevista clínica de diagnóstico; no entanto, nesse estudo o PNID não se mostrou útil na diferenciação entre sub-grupos depressivos.

Existem dados normativos (recolhidos junto de mais de 300 crianças da 3ª, 4ª e 5ª classes).

Os autores encontraram um ponto de corte de 4, de acordo com os resultados do estudo estatístico, como critério óptimo para diagnosticar uma depressão grave. Isto significava, na sua amostra, que uma criança podia ter um 4 se um terço dos companheiros a nomeasse em cada um dos itens de depressão (Lefkowitz & Tessiny, 1980; Polaino-Lorente & Doménech-Llaberia, 1990).

Adaptações para o presente trabalho

A aplicação deste instrumento no presente trabalho não implicou nenhuma alteração no seu formato original, à excepção da forma como a criança assinalava os nomes dos seus colegas. Assim, em vez de terem uma folha para cada item, no qual circundavam os nomes das crianças que consideravam corresponder à descrição proposta, tinham apenas uma folha com todos os nomes das crianças da sala, ao lado do questionário, folha

essa que deveriam ler, por completo, após responderem a cada um dos itens. A seguir a cada item do PNID existiam várias linhas onde a criança, no seguimento de ler a folha com os nomes, escreveria os que achava corresponderem à questão colocada.

1.4.1. 2. Instrumentos criados para a presente investigação

(5) ISFE (INVENTÁRIO DE SITUAÇÕES FAMILIARES E ESCOLARES, Helena Águeda Marujo, 1988)

Este questionário foi criado para a presente investigação, com o intuito de avaliar, num formato breve e simples, alguns dados pessoais sobre a vida dos sujeitos, em duas grandes áreas: a da situação familiar da criança e a da sua situação escolar.

Quanto ao primeiro domínio, ele envolvia questões informativas relativas aos seguintes factos: família intacta/não intacta (viver ou não com ambos os pais) e número de irmãos; relativamente ao domínio da situação escolar pretendia saber-se da existência de reprovações escolares, da sua frequência, níveis escolares em que haviam ocorrido, presença naquela escola pela primeira vez/ou mais que um ano de presença naquela escola e justificações da criança para as razões das suas eventuais reprovações (percepção e externalidade ou internalidade das atribuições realizadas).

Cada pergunta estudava assim uma variável e cada variável era entendida como podendo eventualmente mediar ou explicar a depressão infanto-juvenil.

(2) **IDSE** (INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO, COMPORTAMENTO SOCIAL
COMPORTAMENTO ESCOLAR PARA PROFESSORES, Helena Águeda Mar
1988)

Este instrumento foi desenvolvido para o presente estudo, com
objectivo de permitir a avaliação de um conjunto de sintomas depressiv
de comportamentos de relação social com colegas e de comportamen
associados ao rendimento escolar, por parte dos professores.

Possui um conjunto de 31 itens repartidos por três sub-esca
(Depressão (D), Socialização (S) e Comportamento/rendimento Escolar (E
Desses itens, 8 são específicos à sintomatologia da depressão (itens nº 2,
13*, 14, 19, 22*, 24* e 27) (exº: "A frequência com que este alu
verbaliza que não presta para nada, que os outros não gostam dele ou
nada vale a pena é nada, pouco, razoavelmente ou bastante elevada")
são descritivos do tipo de relação social e de integração no grupo qu
sujeito manifesta (itens nº 4*, 8, 11, 16, 25*, 26, 28, 30 e 31*) (exº:
aceitação de que este aluno parece ser alvo por parte dos colegas é na
pouco, razoavelmente ou bastante elevada") e 14 itens avaliam um le
de comportamentos descritores do funcionamento e sucesso escolar
criança ou adolescente (itens nº 1*, 3*, 5*, 7*, 9*, 10*, 12*, 15*, 17*, 1
20*, 21, 23*, 29*) (exº: "O nível de realização das tarefas escola
demonstrado por este aluno dentro da sala de aula é nada, pou
razoavelmente ou bastante elevado").

A escala é portanto preenchida por um professor que, centrar
se sobre o comportamento observável de um aluno específico, deve op
em cada item, por 4 escolhas ("nada", "pouco", "razoavelmente"
"bastante"), numa escala de tipo Likert. Os itens assinalados com
asterisco, são aqueles cujo valor 4 corresponde ao comportame

considerado desejado ou mais adequado. Em todos os outros, a cotação de 1 é aquela que é a coincidente com o comportamento entendido como mais correcto.

Este inventário é assim cotado fazendo o somatório das notas de cada uma das três sub-escalas, após a inversão da cotação dos itens não assinalados com asterisco. Assim, o máximo da escala de depressão é 32, o máximo da escala de Socialização é 36 e o máximo da escala de Comportamento Escolar é 56. No ponto seguinte deste capítulo são apresentados e descritos os itens que compõem este instrumento.

Este instrumento inquire também, na sua parte final e já de forma qualitativa e descritiva, acerca da disciplina leccionada pelo professor que o preenche, de possíveis observações que este pretenda fazer sobre o aluno, de há quanto tempo é professor desse aluno e das expectativas que tem quanto ao seu sucesso escolar no ano particular em que a avaliação está a ser realizada ("Prevê que este aluno vá passar de ano? Porquê?"). Dada a grande extensão das análises realizadas a outros níveis, estes aspectos qualitativos não serão tratados no presente trabalho mas, espera-se, virão a ser alvo de posteriores estudos.

Este instrumento de avaliação, bem como todos aqueles que foram utilizados neste trabalho, encontram-se em anexo (anexo nº1).

ESTUDOS PRÉVIOS

"Como tantas vezes tem acontecido na história da ciência, os avanços conceptuais e as hipóteses confirmadas apenas servem para colocar novas questões e criar novas incertezas".

Alexander Thomas, 1990

1. Análise confirmatória das qualidades psicométricas dos instrumentos SCDI, CDI, DSRS e PNID

No capítulo sobre avaliação, tecemos algumas críticas acerca da frequente ausência de cuidados métricos no uso de instrumentos em depressão infanto-juvenil. À excepção do CDI, sobre o qual abundam estudos de validade e precisão, a maioria dos outros instrumentos limita a recolha de informação relativa ao seu valor psicométrico ao estudo original empreendido pelo respectivo autor e, quando utilizado com outras populações, carece de análises cuidadas sobre as suas qualidades avaliativas com cada grupo específico, negligenciando a variabilidade relativa ao contexto (Barrios, 1988).

O presente estudo utilizava um conjunto de instrumentos que, em nosso conhecimento, nunca tinham sido estudados, do ponto de vista psicométrico, na população portuguesa. Não havendo referências anteriores que indicassem a sua utilidade e adequabilidade para uso com a população

estudantil do nosso país, era premente confirmar se eles seriam métodos de medida objectivos e estandardizados de uma amostra do comportamento depressivo (Anastasi, 1990) e se o valor das observações realizadas e a possibilidade de permitirem aceder a uma classificação nosológica e mostrarem valor preditivo, era de molde a apoiar, com um mínimo de erros, a recolha de dados empíricos e a elaboração de conclusões teóricas subsequentes (Nogueira, 1992). Com o objectivo de certificar quanto à segurança das inferências feitas a partir deles, realizaram-se assim análises psicométricas dos instrumentos de avaliação que haviam sido traduzidos de originais de autores estrangeiros (o SCDI, o CDI, o DSRS e o PNID) e compararam-se os resultados obtidos com os existentes na literatura. O propósito da análise realizada não era o de desenvolver um estudo psicométrico aprofundado dessas escalas, com vista a efectuar a sua adaptação para a população portuguesa, mas sim, o de ter bases que sugerissem, quer a validade dos constructos por elas medidos, quer a precisão da sua mensuração. Relativamente a cada uma das cinco aplicações de cada instrumento, procedeu-se ao

(a) **estudo da sua estrutura factorial.** Neste estudo, pretendia-se determinar-se de que forma as medidas hipotéticas do constructo de depressão mediam o mesmo, ou destacavam agrupamentos de realidade mais ou menos distintas. Nesse sentido, recorreu-se, quer à técnica de análise factorial, quer à de componentes principais, com o triplo objectivo de explorar a estrutura subjacente aos dados recolhidos, verificar a sua consistência ou inconsistência temporal e compará-la com a estrutura obtida na literatura. Este último objectivo determinou as características da análise levada a cabo, nomeadamente, o recurso à factorização por análise de variabilidade total (análise em componentes principais) ou por análise

variabilidade comum (análise factorial "comum").

À selecção do número de factores destacados presidiram, conjuntamente, os critérios estatísticos de Kaiser ($\text{eigenvalue} > 1$), o critério do "screen-test" e o critério do esperado teórica e empiricamente (com base nos estudos ou aplicações previamente realizadas, noutros países, com estes instrumentos);

(b) **estudo da consistência interna do instrumento.** Como medida de precisão (ou garantia, do inglês *reliability*) de cada escala foi computado o alfa de Cronbach (1951), o qual, tendo em consideração o grau em que cada item da escala se intercorrelaciona com os outros itens da mesma escala, é frequentemente referido como uma medida de consistência interna, mostrando a sua capacidade de predição e o seu grau de confiança. Para auxiliar na interpretação dos resultados desta medida foram utilizados dois outros índices: o alfa estandardizado e a correlação média intra-itens.

A comparação dos diferentes instrumentos que concorrem para a medição do mesmo constructo dá-nos informação sobre a sua **validade concorrente**. Dada a importância e relevo que pretendíamos dar a esta comparação, na sequência das questões empíricas e teóricas que, na literatura científica, surgem associadas à concordância entre medidas e à concordância entre avaliadores (as quais já debatemos no ponto 7 do capítulo 1 deste trabalho), dedicámos ao tema um capítulo independente, que se seguirá a este.

1.1. Qualidades psicométricas do SCDI e do CDI

Estudaram-se as qualidades psicométricas destas duas escalas em cada uma das suas cinco aplicações sobre a amostra global dos sujeitos. Apesar das diferenças que elas manifestam em termos de formato e de disparidade entre a vastidão de estudos e análises que o corpo científico dedicou ao CDI em contraste com a pobreza de atenção dada ao SCDI, o facto desta ser a forma reduzida e breve daquela, levou-nos a apresentá-las aqui em conjunto.

a) A análise das suas estruturas factoriais mostra que ambos os instrumentos são composto por um único factor. Esta conclusão corrobora o que se encontra na literatura relativamente ao CDI, já que esta indica a existência de "um factor único em grandes amostras populacionais normais" (Kovacs, 1985). Quanto ao SCDI, apesar da ausência de dados provenientes de estudos internacionais e nacionais sobre esse assunto, o facto dele apresentar igualmente, na nossa amostra, um factor único, seria esperado, já que ele deriva do CDI. Há portanto indício de que ambas as escalas medem uma única realidade conceptual

A proporção de variabilidade explicada pelo factor encontrado no CDI, relativa à variabilidade total, não é tão elevada como a referida noutros estudos (Eigenvalue entre 6.0 e 7.46, explicando uma % de variância entre 22.2% e 27.6%, na minha amostra, versus Eigenvalue = 5.95, explicando 63.7% da variância, Mietzis et al., 1978). De novo, não temos termo de comparação para o SCDI, mas os resultados são muito idênticos ao da escala global (Quadro nº 13).

Quadro n° 13: SCDI e CDI: Análise factorial

	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação
Eigenvalue	4.70	4.34	6.0	6.16	7.46
% de Variação	24.7%	22.9%	22.2%	22.8%	27.6%

b) Através da análise dos resultados dos índices de precisão (quadro n° 14), podemos verificar que, não só o Alfa de Cronbach se mostra elevado em ambas as escalas, como a sua magnitude é semelhante nas cinco réplicas da análise realizadas. Esse Alfa apresenta-se superior no CDI que no SCDI, o que não será de estranhar dado o número mais reduzido de itens que esta última escala comporta. O Alfa estandardizado, com resultados ligeiramente superiores ao não estandardizado (o que indica diferente poder discriminativo de alguns itens), confirma a precisão de ambos os instrumentos.

Quadro n° 14: SCDI e CDI: Índices de Precisão

	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação
Alfa de Cronbach	.8160	.7877	.8630	.8694	.8945
Alfa Estandarizado	.8488	.8338	.8698	.8758	.8994
Correlação média intra-itens	.23	.21	.20	.21	.25

As correlações realizadas entre os diversos itens de cada escala tendem a ser baixas (entre .20 e .25). No entanto, os coeficientes de correlação entre os itens e o resultado total das escalas, na sua esmagadora maioria, são elevados em todas as aplicações [$.50 > r < .60$].

Podemos concluir que os dois formatos da escala CDI (reduzido e não reduzido) se comportam, sensivelmente, da mesma forma, ao longo das diversas aplicações, mostrando uma **boa precisão**. Assim, para ambos verificam-se **alfas de Cronbach elevadas**, coincidentes ou superiores aos valores já assinalados para amostras com populações de outros países (Cole, 1991; Kovacs, 1978; Saylor et al., 1984a). O formato do CDI total tende a apresentar uma maior precisão do que o SCDI. A nível factorial encontramos sempre, em ambos os instrumentos e em todas as aplicações, **um único factor**, que ainda que explicando pouco da variabilidade total, mostra que é moderada a correlação entre os itens e o resultado total. Se depreendemos daqui estarmos face a uma **medida de um único constructo**, análise relativa à homogeneidade desse constructo, apoiada numa **baixa correlação média entre os itens**, sugere-nos estarmos perante uma realidade **composta por vários domínios**. Este dado estatístico confirma outros estudos anteriores (e.g., Kovacs, 1978) e vem de encontro à conceptualização teórica multidimensional desta entidade clínica, como decorrente da revisão de literatura realizada ao longo do capítulo 1.

1.2. Qualidades psicométricas do DSRS

O DSRS não é, como já afirmámos, um instrumento muito explorado na literatura internacional. Os dados psicométricos existentes sobre ele são, contudo, promissores e o seu formato simples e breve tem demonstrado uma boa utilidade em trabalhos clínicos; nada se sabe, no entanto, do seu valor para estudos empíricos como o que aqui se apresenta.

Tal como atrás vimos, uma versão americana do DSRS (Asarnow & Carlson, 1985), originariamente de um autor inglês (Birleson, 1981) alargou os itens do formato primitivo para incluir três questões sobre a desesperança. Na justificação desta acção esteve (1) a ligação teórica entre o conceito de desesperança quanto ao futuro e o de depressão, surgida pela mão das abordagens cognitivas sobre a depressão adulta; (2) a ausência de instrumentos que avaliassem a desesperança nas populações jovens; e (3) o facto de ambos se terem já mostrado estatisticamente correlacionados, como repetidamente afirmámos neste trabalho (vide ponto 3.1.2.2. do capítulo 1 e 1.2.1. do capítulo 2). Dado que no presente estudo se adoptou o formato americano, a análise deste instrumento envolverá sempre a distinção entre escala de depressão e escala de desesperança.

a) Na maioria das aplicações feitas, a Análise Factorial apontou apenas um factor. A excepção surgiu na 3ª Aplicação, que mostrou um constructo bipartido (quadro nº 15). Apesar deste desvio à regra, passível de ser atribuído ao acaso, podemos concluir que a escala parece possuir um conjunto de itens que medem uma só entidade.

Quadro n° 18: DSRS: Análise Factorial

	1ªAplicação	2ªAplicação	3ªAplicação	4ªAplicação	5ªAplicação
Eigenvalue	2.60	3.27	Factor 1: 2.91 _____ Factor 2: 2.02	3.61	4.03
% de Variância	12.5%	16.3%	Factor 1: 14,6% _____ Factor 2: 10.1%	18%	20.2%

b) Ao analisarmos o quadro n° 16, que se segue, é-nos evidente que os índices de precisão do DSRS nos mostram um Alfa de Cronbach elevado para a escala de Depressão, em todas as aplicações e que este mostra um aumento nítido com o passar do tempo. O Alfa standardizado, apresentando uma magnitude semelhante ao de Cronbach, não sugere comportamentos anómalos de nenhum dos itens. Ambas as informações sugerem uma boa precisão da escala de Depressão. O mesmo se não pode dizer da escala de Desesperança, a qual mostra um Alfa de Cronbach baixo. O facto dela ser composta apenas por três itens, justificará estes resultados (Quadro n° 17).

Quadro n° 16: Escala de Depressão do DSRS: Precisão

	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação
Alfa de Cronbach	.7212	.7814	.7966	.7997	.8235
Alfa Estandarizado	.7222	.7812	.7940	.8018	.8249
Correlação Média intra-itens	.12	.18	.16	.17	.19

Quadro n° 17: Escala de Desesperança do DSRS: Precisão

	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação
Alfa de Cronbach	.2891	.3140	.2713	.4130	.4176
Alfa Estandarizado	.2876	.3110	.2700	.4131	.4189
Correlação Média intra-itens	.12	.13	.11	.19	.19

Das correlações intra itens, de novo se denotam valores baixos nas duas escalas do DSRS.

Interessados que estávamos em explorar como se comportavam as escalas de depressão (DEP) e de desesperança (DES), relativamente uma à outra, fomos correlacioná-las, utilizando, para isso, os dados das 5 medições (Quadro n° 18).

Quadro n.º 18: Correlações entre as duas escalas do DSRS (Depressão, DEP e Desesperança, DES), ao longo das cinco aplicações

1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação
DEP1	DEP2	DEP3	DEP4	DEP5
.34	.56	.56	.59	.70
DES1	DES2	DES3	DES4	DES5

Nota: Todas as correlações são significativas a $p < .05$

Tal como teoricamente esperado, estas correlações mostraram-se consistentemente positivas e apesar da sua magnitude nas primeira aplicações não ser muito elevada, elas sofrem um incremento claro com avançar do estudo. Supõe-se que estes resultados evolutivos possam se explicados pela influência da passagem do tempo e da repetição da administração do instrumento.

Do estudo do DSRS podemos assim concluir que a grande constância nos padrões encontrados, quer a nível da estrutura factorial quer da precisão, denota a robustez deste instrumento, em particular na sua escala de depressão. A escala de desesperança, demonstrando menor precisão - a qual provavelmente atesta o facto de se compôr por apenas três itens - encontra-se, contudo, associada à de depressão, sugerindo, do ponto de vista estatístico, a validade dos constructos e do ponto de vista psicológico, a relação entre o estado de depressão auto-avaliada e descrença e desesperança quanto ao futuro.

1.3. Qualidades psicométricas do PNID

O PNID é um instrumento que foi alvo de aprofundadas análises por parte dos seus autores, que lhe encontraram utilidade e valor como medida de depressão para estudos empíricos com crianças. Contudo, as suas qualidades raramente foram confirmadas junto de outras amostras que não a do estudo original, talvez porque, dado o seu formato, a administração em contextos clínicos seja pouco viável e a sua utilização em trabalhos empíricos se mostre difícil. As suas peculiaridades alastram, não só ao domínio da implementação prática, mas também ao campo da cotação e análise estatística.¹⁸⁴

Para se entender melhor os dados que a seguir se apresentam, relembra-se que o PNID é composto por um conjunto de 13 itens referentes à depressão e dois outros sub-conjuntos de itens, agrupados como não-depressão. Estes incluem a felicidade (3 itens) e a popularidade (3 itens). É pressuposto, teoricamente, que a escala de não-depressão tenha uma relação inversa com a de depressão, isto é, que quanto maior for o valor de uma criança na escala de depressão, menor será o seu resultado em termos de felicidade e de popularidade. Esta hipótese teve já algum apoio empírico (Lefkowitz & Tessiny, 1980).

¹⁸⁴ Note-se que os valores de cotação deste instrumento, sendo resultado de uma proporção, não apresentam uma distribuição normal. Tal facto tem sido, no entanto, ignorado na literatura, esquecendo-se as implicações, quer para a escolha das metodologias estatísticas, quer para a interpretação de alguns dos resultados encontrados. Visto pretendermos uma comparação com a restante literatura, mesmo quando as análises realizadas não nos parecem apropriadas em termos estatísticos, reproduzimos, neste estudo, os formatos metodológicos habitualmente concretizados com esta escala.

a) Foi realizada uma análise factorial comum (as comunalidades foram calculadas por se inserirem h^2 na horizontal). Dada a perspectiva confirmatória que subjazia a estas análises, cada escala foi sujeita a um estudo factorial e foram considerados dois factores (depressão e não depressão), tendo-se verificado a unidade estrutural esperada (Quadros nº 19e nº 20). A estrutura encontrada demonstrou-se consistente nas cinco aplicações e os factores encontrados correspondem aos da literatura (Lefkowitz & Tessiny, 1980). Assim sendo, para computar cada total, são esses os factores utilizados. A partição factorial tendeu a separar, primeiro a escala de depressão e só, secundária e obrigatoriamente, a de não depressão.

Tal como é visível nesses mesmos quadros, a percentagem de variância explicada por cada factor não é muito elevada, tendendo a ser mais baixa que as do estudo original (Lefkowitz & Tessiny, 1980).

Quadro nº 19: PNID: Análise Factorial da Escala de Depressão

ESCALA DE DEPRESSÃO	1ªAplicação	2ªAplicação	3ªAplicação	4ªAplicação	5ªAplicação
Eigenvalue	4.00	4.51	4.54	4.75	4.48
% de Variância	21.1%	23.8%	24%	25%	23.6%

Quadro n° 20: PNID: Análise Factorial da Escala de Não-depressão

ESCALA DE NAO-DEPRESSÃO	1ªAplicação	2ªAplicação	3ªAplicação	4ªAplicação	5ªAplicação
Eigenvalue	3.81	3.97	6.38	3.88	3.48
% de Variância	18.8%	21%	28%	20.6%	18.3%

b) Nos estudos de precisão, o Alfa de Cronbach mostra-se consistentemente muito elevado, em ambas as escalas (Quadros n° 21 e 22).

Quadro n° 21: PNID: Índices de precisão da escala de Depressão

ESCALA DE DEPRESSÃO	1ªAplicação	2ªAplicação	3ªAplicação	4ªAplicação	5ªAplicação
Alfa de Cronbach	.7778	.7731	.7935	.8197	.8004
Alfa Estandarizado	.8119	.8213	.8572	.8348	.8246
Correlações Médias intra- itens	.27	.29	.34	.31	.29

Quadro n.º 22: PNID: Índices de precisão da escala de Não-Depressão

ESCALA DE NÃO- DEPRESSÃO	1ªAplicação	2ªAplicação	3ªAplicação	4ªAplicação	5ªAplicação
Alfa de Cronbach	.8650	.8909	.9392	.8952	.8634
Alfa Estandarizado	.8819	.8697	.9408	.8908	.8812
Correlações Médias intra-Itens	.84	.60	.80	.62	.53

O Alfa relativo à escala de depressão apresenta-se ligeiramente mais baixo que o encontrado na literatura anglo-saxónica (>.85, in Lefkowitz & Tessiny, 1980), mas semelhante ao verificado junto de uma população escolar espanhola (.80, in Polain-Lorente & Doménech-Llaberia 1990). A magnitude do Alfa Estandarizado é bastante semelhante ao de Cronbach e indica, de novo, pela sua grandeza e repetição, que este instrumento de medida é preciso e que detém uma boa consistência interna.

8. Estudo psicométrico do IDSE para professores

A relevância da relação entre a presença de depressão nas crianças e adolescentes e o seu sucesso a nível escolar e relacional ficarão

já patentes na análise da literatura efectuada neste trabalho. Em simultâneo, deixou-se antever que a avaliação da depressão efectuada pelos professores, se bem que pouco consonante com a dos próprios alunos e não necessariamente conhecedora dos sinais depressivos, evidenciou algumas potencialidades neste processo de recolha de informação. A ausência de instrumentos estandardizados para avaliação da depressão segundo a perspectiva dos professores, que pudessem, em simultâneo, informar-nos sobre essa disfunção, sobre aspectos relacionados com o comportamento/rendimento escolar do sujeito e sobre a sua integração social junto dos colegas, levou à construção deste questionário. O seu formato corresponde assim a um conjunto de três escalas (a de depressão, a de comportamento/rendimento escolar e a de socialização), cotadas independentemente e não homogéneas no número de itens.

A exploração das características psicométricas deste instrumento levou-nos, inicialmente, à confirmação da adequabilidade dos itens que compunham cada escala, em particular quanto à sua relação com o resultado total. A análise das correlações item/resultado total conduziu-nos à eliminação de alguns dos itens que inicialmente compunham o questionário. Podemos ver no quadro nº 23 um inventário de todos os itens, a pertença respectiva a cada uma das três escalas, a forma de cotação (directa ou invertida) e as correlação com o total da escala de que fazem parte.

Quadro n°23: IDSE: descrição, escala a que pertence, forma de cotação e correlação item/total

DESCRIÇÃO DO ITEM E ESCALA A QUE PERTENCE	CORRELAÇÃO ITEM/TOTAL
ESCALA DE COMPORTAMENTO E RENDIMENTO ESCOLAR	
1. O rendimento escolar deste aluno é	.8888
3. O tempo de atenção deste aluno face às tarefas escolares é *	.9159
5. A competência deste aluno para memorizar é	.8191
7. O nível de intervenção e realização de trabalhos escolares demonstrado por este aluno dentro da sala de aula é	.7907
9. A frequência e qualidade com que este aluno realiza os trabalhos de casa é	.8523
10. O absentismo demonstrado por este aluno às aulas é	-.6023
12. O nível de interesse e motivação demonstrado por este aluno relativamente às actividades escolares é	.8931
15. O rendimento escolar deste aluno em anos anteriores foi	.8885
17. O grau de variabilidade e inconsistência do trabalho escolar deste aluno é	-.7909
18. A qualidade das estratégias demonstradas por este aluno na resolução de problemas escolares é	.8136
20. O nível de aceitação deste aluno face a tarefas que são diferentes, inicialmente difíceis ou lhe colocam desafios é	.5975
21. A frequência com que este aluno está apático e a olhar para o ar é *	.6693

23. A capacidade deste aluno em estar quieto e calado no seu lugar é	.5914
29. A frequência com que este aluno realiza trabalhos autonomamente, sem a constante supervisão e apoio dos adultos é	.7406
ESCALA DE DEPRESSÃO	
2. A frequência com que este aluno verbaliza que os outros não gostam dele, que não presta para nada, ou que nada vale a pena é	.6348
6. A frequência com que este aluno parece triste e desanimado é *	.6294
13. A facilidade que este aluno tem em ler alto para a turma ou fazer apresentações orais é	.4872
14. A frequência de queixas somáticas deste aluno é *	.6662
19. A frequência com que este aluno chora é *	.6216
22. O grau de alegria e entusiasmo pelas coisas em geral demonstrado por este aluno é	.4503
24. O grau de apoio familiar vivido por este aluno parece ser	.1142
27. A frequência com que este aluno se descontrola emocionalmente é *	.5366
ESCALA DE SOCIALIZAÇÃO	
4. A aceitação de que este aluno parece ser alvo por parte da maioria dos seus próprios colegas é	.7397
8. A frequência com que este aluno é violento e agressivo com adultos e colegas é *	.3952
11. O grau de timidez demonstrado por este aluno é *	.4109
16. O grau de rejeição de que este aluno é alvo por parte dos colegas é *	.7818

25. A competência deste aluno para liderar actividades escolares ou lúdicas é	.4928
26. A frequência com que este aluno está só e isolado na escola é *	.7754
28. A necessidade de chamar a atenção demonstrada por este aluno é *	.2512
30. O grau de descontrolo e não aceitação com que este aluno reage aos insucessos e às críticas é *	.5348
31. A quantidade de amigos que este aluno tem na escola é	.6747

Nota: Encontram-se assinalados com * os itens cuja cotação é inversa (em que o valor 1 é o mais adequado); relembra-se que cada questão é cotada numa escala de tipo Likert, envolvendo 4 pontos, que se descrevem como "Nada elevado", "Pouco elevado", "Razoavelmente elevado" e "Bastante elevado".

Os itens 10 ("o absentismo demonstrado por este aluno é nada, pouco, razoavelmente ou bastante elevado") e 17 ("O grau de variabilidade e inconsistência do trabalho escolar deste aluno ao longo do ano é nada, pouco, razoavelmente ou bastante elevado"), pertencentes à escala de comportamento e rendimento escolar, estando negativamente correlacionados com o total da escala ($r = -.60$ e $-.42$ respectivamente), foram eliminados. Também se eliminou o item nº 24, pertencente à escala de depressão ("o grau de apoio familiar vivido por este aluno parece ser nada, pouco, razoavelmente ou bastante elevado"), por estar pouco ou nada correlacionado com o total ($r = .114$). Na versão final do instrumento, a escala de Depressão ficou assim composta por 7 itens, a de Comportamento e Rendimento Escolar por 12 itens e a de Socialização manteve o formato original de 9 itens.

Todos os itens das três escalas se apresentavam com capacidade discriminativa (sensibilidade) relativamente semelhante: na escala de

Comportamento e Rendimento Escolar os desvios-padrões estão compreendidos entre .66 e .99, na escala de Depressão entre .60 e .77 e na de Socialização entre .63 e .90.

Validade de constructo

A análise dos factores subjacentes a cada uma das escalas foi realizada pelo método de componentes principais. A escala escolar demonstrou ser unifactorial, enquanto que as restantes duas escalas se mostraram bifactoriais (Quadros nº24, 25 e 26).

Quadro n° 24: Saturação dos itens nos factores considerados para explicação da variabilidade das respostas na escala escolar do IDSE

ESCALAS	SATURAÇÃO
ESCALA ESCOLAR	
Factor 1	
Item n° 1	.914841*
Item n° 3	.935292*
Item n° 5	.844005*
Item n° 7	.816694*
Item n° 9	.879333*
Item n° 12	.911454*
Item n° 15	.912044*
Item n° 18	.813574*
Item n° 20	.614067
Item n° 21	.704421*
Item n° 23	.632133
Item n° 29	.764310*
EIGENVALUE	8.04
% VARIÂNCIA	67

Quadro n° 25: Saturação dos itens nos factores considerados para explicação da variabilidade das respostas na escala de depressão do IDSE

ESCALA DE DEPRESSÃO	
FACTOR 1	
Item n° 2	.676037
Item n° 14	.807897*
Item n° 19	.764858*
Item n° 27	.718160*
EIGENVALUE	2.95
% VARIÂNCIA	42.19
FACTOR 2	
Item n° 6	.581011
Item n° 13	.797736*
Item n° 22	.756356*
EIGENVALUE	1.09
% VARIÂNCIA	16.6

Quadro n° 26: Saturação dos Itens nos factores considerados para explicação da variabilidade das respostas na escala de socialização do IDSE

ESCALA SOCIALIZAÇÃO	DE
FACTOR 1	
Item n° 4	.773219*
Item n° 11	.717530*
Item n° 16	.764740*
Item n° 25	.723339*
Item n° 26	.849757*
Item n° 31	.699016
EIGENVALUE	3.92
% VARIÂNCIA	43.5
FACTOR 2	
Item n° 8	.646436
Item n° 28	.863876*
Item n° 30	.837657*
EIGENVALUE	1.86
% VARIÂNCIA	20.73

Nota: Encontram-se assinalados com * todos os valores superiores a .70

Todos os itens relativos à escala escolar mostram uma saturação elevada (de .93 a .61), sendo o item 3 o que mais contribui para o resultado final e o 20 e o 23 os que menos contribuem para esse total. Uma análise destes itens permite-nos verificar que o item 3 se refere ao tempo de atenção do aluno nas tarefas escolares. Parece assim que é grande a relevância que os professores dão à capacidade do aluno se concentrar e atender demoradamente às tarefas, sem distrações e que esta capacidade é considerada muito influente no comportamento e no rendimento escolar. Assim, estar atento por prolongados períodos, discrimina bastante entre os alunos com bom e mau rendimento.

Por seu lado, o item 20 refere-se ao nível de aceitação demonstrado pelo aluno face a tarefas diferentes, inicialmente difíceis ou que lhe coloquem desafios. Os professores evidenciam, neste caso, relevar para segundo plano a reacção dos alunos às actividades novas e mais complexas, talvez independentizando a atitude inicial do aluno, do rendimento que ele poderá vir a demonstrar. Aceitar mal uma tarefa nova não discrimina entre os alunos considerados competentes e os não competentes. Quanto ao item 23, ele centra-se nas competências do aluno para estar quieto e calado no seu lugar. É possível que este tipo de competências seja entendida, pelo professor, como pouco discriminativa da adaptação e desempenho escolar, i.e., que o facto de um aluno ter um bom desempenho não significa que deva ter uma atitude de auto-controle e "apagamento" face à classe. O intervencionismo e o comportamento activo não discriminarão, portanto, no parecer dos professores, entre os bons e os maus alunos.

Quanto aos dois factores da escala de depressão, podemos ver no

quadro nº 24 que o primeiro é composto pelos itens nº 2, 14, 19 e 27 e inclui sintomas vegetativos, cognitivos e emocionais e o segundo engloba os itens nº 6, 13 e 22, organizando-se, exclusivamente, em volta de sintomas emocionais. A justificação para o agrupamento nestes dois tipos de factores não é óbvia; é possível que o formato das questões (todos pela negativa, no caso do primeiro factor e quase todos pela positiva, no caso do segundo) seja a razão desta discriminação. É também possível que os comportamentos incluídos no primeiro factor sejam mais entendidos como factores exteriorizados, verbais e não verbais, percebidos como estados reactivos (verbalizações negativistas, queixas somáticas, choro, descontrolo emocional) e que os do segundo factor sejam interpretados como mais ligados à experiência interna e permanente, ou seja a uma forma de traço ou característica de temperamento (tristeza, alegria, facilidade/desinibição em se expressar em grupo).

Como é visível nesse mesmo quadro, o factor 1 da escala de socialização é composto pelos itens nº 4, 11, 16, 25, 26 e 31, enquanto que o factor 2 inclui os itens 8, 28 e 30. De acordo com o tipo de itens que incluem, o factor 1 parece incluir comportamentos de interioridade/integração social (timidez, rejeição, isolamento, aceitação, liderança) e o factor 2 comportamentos negativos de exteriorização nas relações sociais (violência/agressão, chamada de atenção, reacção descontrolada aos insucessos e às críticas).

PRECISÃO

A consistência interna de cada escala do questionário foi analisada através do coeficiente Alfa de Cronbach. Os seus valores mostraram-se relativamente elevados para todas elas, com um resultado particularmente alto na escala escolar (Quadro nº25).

Quadro nº 25: IDSE: Precisão: Coeficiente de consistência interna e correlação média intra-itens

Escala	Alfa de Cronbach	Correlações Médias intra-itens
Escolar	.954	.672
Socialização	.816	.414
Depressão	.839	.410

Sumarizando, as três escalas que compõem o questionário IDSE demonstraram boas qualidades de precisão e de validade, justificando o seu uso na presente investigação.

3. DEFINIÇÃO OPERACIONAL E EMPÍRICA DE "DEPRESSÃO"

Um dos aspectos fundamentais com que se debate o domínio da depressão e da avaliação é, como vimos, a determinação de quando é que um sujeito é considerado deprimido. Verificámos que, para além de tal depender da própria definição teórica dada à depressão, depende também dos critérios utilizados pelos vários instrumentos avaliativos para definir "caso" depressivo e não depressivo. A imprecisão ou negligência, tão comum na literatura, quanto a esta determinação, decorre, como vimos nos pontos 5 e 7 do capítulo 1, em parte (1) da dificuldade em tomar as decisões mais adequadas, incorrendo num mínimo de erros de medida; (2) em conjugar diversos critérios, quando se utiliza mais do que um instrumento; e (3) em não encontrar acordo de definições, de estudo para estudo e de população para população. Contudo é infrutífero continuar a concretizar estudos que envolvam a avaliação da depressão, sem deixar bem explícito as opções tomadas. Essas opções devem sempre ter em conta que são arbitrárias, no estado actual dos conhecimentos, levando à interpretação cautelosa das conclusões a que nos permitem aceder.

Vimos que, do ponto de vista conceptual, a depressão infantil e juvenil é definida, neste trabalho, como um desajustamento psicológico e social, activado e influenciado por experiências sociais e por acontecimentos de vida difíceis que provocam readaptações, ao interagirem com as competências globais do sujeito e com os seus processos de desenvolvimento e maturação. Do ponto de vista empírico-metodológico, a definição complexificava-se. A diversidade de metodologias avaliativas, utilizadas n

presente investigação não facilitava a determinação de quem se consideraria depressivo ou não depressivo. As decisões, análises e resultados relacionados com este problema serão apresentadas em seguida.

Crítérios de definição de "deprimido" e de "não deprimido"

Dadas (1) as alterações realizadas nos formatos dos instrumentos que foram adaptados para este trabalho; (2) a ausência de estudos sobre estes instrumentos e de normas respectivas junto da população estudantil portuguesa; e (3) a grande disparidade entre as médias encontradas no nosso estudo e as da literatura internacional, não nos pareceu adequado adoptar critérios de ponto de corte para definir os casos de deprimidos e não deprimidos. Optámos, por isso, por utilizar o critério estatístico relativo às médias e aos desvio-padrão, já que este critério se apoia nas características próprias da amostra em estudo. Assim, relativamente a cada medida de auto-relato utilizada, definiram-se como deprimidos os sujeitos que apresentavam resultados acima da média, mais um desvio padrão e como não deprimidos aqueles que apresentavam resultados inferiores à média, menos um desvio padrão.

Foram constituídos 4 grupos, com as seguintes características (Quadro nº 27):

Quadro nº 27: Definição de "depressão" e de "não depressão": classificação dos sujeitos em quatro grupos de acordo com os resultados nas medidas de auto-relato

Grupo 1: sujeitos cujos valores, inferiores à média, se distanciavam dela menos de um desvio-padrão, i. e., valores inferiores a $x-s$ (os 16,87% sujeitos com notas mais baixas);

Grupo 2: sujeitos cujos valores, ainda que fossem inferiores à média, não se distanciavam dela mais do que um desvio-padrão ($x-s > \text{sujeito} > x$) (composta por 34,13% dos sujeitos);

Grupo 3: sujeitos cujos valores, embora fossem superiores à média, não se distanciavam dela mais do que um desvio-padrão ($x < \text{sujeito} < x+s$) (composta por 34,13% dos sujeitos);

Grupo 4: sujeitos cujos valores, superiores à média, se distanciavam dela mais do que um desvio-padrão, i. e., valores superiores a $x+s$ (os 16,87% sujeitos com notas de depressão mais elevada).

Relativamente ao SCDI, ao CDI e ao DSRS, foi determinada uma média global (a média das médias de cada uma das aplicações realizadas), bem como um desvio-padrão global, (a média de todos os desvio-padrão de cada aplicação do instrumento) (Quadro nº 28). Assim:

Quadro nº 28: Média e desvio padrão-global para cada instrumento de auto-relato

SCDI: Média global das duas aplicações = 6.76

Desvio Padrão Global= 5.76 $x-s = 1.00$ $x+s = 12.52$

CDI: Média global das 3 aplicações = 22.06

Desvio Padrão Global= 11.68 $x-s = 10.38$ $x+s = 33.74$

DSRS: Média global das 5 aplicações = 30.16

Desvio Padrão Global = 4.81 $x-s = 25.36$ $x+s = 34.97$

Para o PNID, não foi realizado o mesmo procedimento, já que os seus resultados não seguiam uma distribuição normal: a média aritmética e o desvio padrão não são, portanto, boas estimativas da sua tendência central e dispersão. Procurando equiparar o critério de partição da amostra em quatro grupos, como o aplicado às escalas de autodescrição já referidas, foram mantidas as mesmas proporções de sujeitos em cada um dos grupos considerados. Tem-se assim por referência a mediana (média das medianas das 5 aplicações da sub-escala de depressão = 0.331) e os percentis 15 (média dos percentis das 5 aplicações = 0.120) e 85 (média dos percentis das 5 aplicações = 0.823).¹⁴⁵

Apesar de nalguns momentos deste estudo se utilizarem os grupos intermédios (Grupo 2 e Grupo 3), a maioria das análises serão realizadas utilizando os grupos extremos de máximo (Grupo 4) e de mínimo de depressão (Grupo 1). Esta opção teve na base o facto deste extremar poder permitir uma caracterização mais aprofundada de cada um destes grupos, pelo contraste mais imediato. Também se antecipava que os grupos intermédios tendessem a emiscuir-se mais frequentemente e a não permitir o nível de esclarecimento pretendido sobre esta disfunção psicológica.

Se nos outros estudos efectuados nos interessava estudar o comportamento de cada escala isoladamente quanto à distinção que permitia entre deprimidos e não deprimidos, de forma a nos apercebermos das possíveis diferenciações entre as próprias escalas avaliativas neste

¹⁴⁵ Para o IDSE, (instrumento completado pelos professores), não foi atribuída nenhuma determinação de critérios para definir depressivos e não depressivos, dada a fraca magnitude da amostra à qual foi aplicado.

particular, num dos estudos o objectivo a atingir não era servido por este processos metodológicos. Tratava-se do estudo relativo à caracterização diferencial dos deprimidos e dos não deprimidos (Estudo 3), onde a nossa pretensão era a definição de "caso", independentemente dos instrumentos utilizados. Estes casos de depressão e de não depressão foram seleccionados com base na integração das várias medidas auto-avaliativas, por um lado e por outro, pela medida de avaliação preenchida pelos colegas.

Se a segunda era óbvia, por meramente dependente de um instrumento isolado, a apoiada na auto-avaliação implicou a tomada de um conjunto de decisões. Como já abordamos no capítulo de avaliação, o grau de associação comumente existente na literatura empírica entre as medidas de auto-avaliação da depressão fazem supor uma consistência que parece advir do facto de medirem o mesmo. Existindo dois instrumentos de auto-avaliação no presente estudo e colocando-se a questão de como determinar os "casos" de depressão e de não depressão com base na perspectiva do próprio sujeito sobre si, consideraram-se duas alternativas: ou definir como deprimidos os sujeitos que em ambas as escalas tinham notas extremas, ou encontrar um valor médio dos resultados em ambas. Tendo a primeira opção a desvantagem de inflacionar a probabilidade de classificar erradamente um sujeito numa categoria de depressão escolhemos a segunda opção.

Para chegar a um valor médio das várias medidas de auto-relato os valores do SCDI (correspondentes a 19 itens com quatro escolhas cotadas como 0, 1, 2 e 3, num somatório total de 57 valores) foram ajustados ao CDI (correspondentes a 27 itens com quatro escolhas de respostas cotadas como 0, 1, 2 ou 3, num total máximo de 81 valores). Para tal foi aplicada uma regra de três simples, da seguinte forma:

Em seguida foi computada a média aritmética das escalas (DSRS e CDI, esta última agora englobando o SCDI transformado, usado nas duas primeiras aplicações). Como tínhamos cinco aplicações e, portanto, cinco médias para cada um dos instrumentos, foi feita a média das médias de ambos os instrumentos para cada aplicação e concluído o valor médio global da auto-avaliação. Estes valores encontram-se no quadro n° 29.

Quadro n° 29: Classificação unitária envolvendo todos os instrumentos de auto-descrição: médias e desvio-padrão globais em cada aplicação

Aplicações	Média	desvio-padrão	N
1ª Aplicação	24.52	7.37	1232
2ª Aplicação	19.49	5.89	1155
3ª Aplicação	25.13	6.34	816
4ª Aplicação	26.87	6.25	1285
5ª Aplicação	26.77	7.21	1013
Global	24.49	6.612	

Para criar os grupos de depressão e não depressão com base neste novo critério, o Grupo 4 e o Grupo 1 ficaram assim a corresponder aos sujeitos que apresentavam os seguintes valores:

Grupo 1 $x - s < \text{ou} = 17.878$

Grupo 4 $x + s > \text{ou} = 31.102$

Foi efectuada uma medida de associação (coeficiente Gamma) entre esta classificação conjunta e as classificações independentes de cada instrumento, em relação a cada aplicação, para perceber o grau de acordo entre elas (quadro nº30).

Quadro nº 30: Associação das medidas CDI e DSRS
com a medida conjunta CDI+DSRS: Coeficiente Gamma

APLICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO PELO CDI	CLASSIFICAÇÃO PELO DSRS
1ª Aplicação	.958	.571
2ª Aplicação	.976	.871
3ª Aplicação	.992	.948
4ª Aplicação	.996	.944
5ª Aplicação	.993	.926

Verifica-se que a correspondência entre a classificação de deprimidos e de não deprimidos do CDI e a medida de classificação conjunta é sempre muito elevada, em especial nas três últimas aplicações; a correspondência dessa medida conjunta com o DSRS mostra-se também elevada nas três últimas aplicações, mas substancialmente mais baixa nas duas primeiras, provavelmente por estas comportarem os valores do SCDI. No geral, estes dados denotam a validade da medida conjunta para definir "caso" depressivo - "caso" não depressivo.

ESTUDO 1

COMPARAÇÃO ENTRE A AUTO E A HETERO-AVALIAÇÃO

Uma das questões que amplamente debatemos ao longo da revisão de literatura efectuada foi a do valor empírico e clínico e da validade estatística de cada uma das medidas de depressão infanto-juvenil existentes. Ainda mais, discutiu-se, com interesse, a conjunção dos dados de mais do que um instrumento, quando completados pelo próprio jovem, bem como o acordo entre o resultado das suas próprias avaliações quando comparadas com a de outros significativos.

Foi pretensão deste primeiro estudo contribuir para o esclarecimento dos vários vectores intrincados neste tema. A escolha de duas medidas de auto-descrição tinha tido como intenção perceber o grau de concordância entre ambas, quer na perspectiva da comparação entre os próprios instrumentos e as suas qualidades, quer no prisma da coincidência da imagem que a criança ou adolescente davam de si, ao completarem dois instrumentos que se supunha medirem o mesmo constructo.

A exploração do tipo de acordo entre diferentes avaliadores, encontrava-se espelhada na escolha de medidas para preenchimento pelo próprio, pelos colegas e pelos professores.¹⁸⁶ O grau em que elas se sobreporiam na determinação de quem era ou não deprimido, traria, esperava-se, alguma luz sobre o assunto.

Para compreendermos melhor as comparações que se irão realizar, não só entre os resultados encontrados com a nossa amostra,

¹⁸⁶ Da mesma forma, a introdução, inicialmente planeada, de um parâmetro avaliativo recolhendo dados sobre a perspectiva dos pais que, como atrás dissemos, fálhou na prática, pretendia completar o leque dos elementos relacionais significativos.

como entre os que aqui surgiram e os patentes noutros estudos, iniciaremos este capítulo com dados de estatística descritiva do SCDI, do CDI, do DSRS e do PNID.

1. Estatística descritiva das medidas de depressão

1.1. Estatística descritiva do SCDI e do CDI

A tendência central e de dispersão do SCDI e do CDI, em cada uma das cinco aplicações, surge descrita no quadro nº 31. Para efeitos de comparação com o CDI, e dada a forma reduzida do SCDI, pretendeu-se ajustar as suas médias às da escala total. O procedimento efectuado envolveu o uso de uma regra de três simples para fazer corresponder o número de itens.

Quadro nº 31: SCDI e CDI: Estatística descritiva

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
	Aplicação*	Aplicação*	Aplicação	Aplicação	Aplicação
N	695	1146	814	1265	995
Média	(7.14) (a)	(6.34) (a)	20.80	22.52	22.88
Média Ajustada	10.14	9.0	—	—	—
Desvio-Padrão	6.01	5.60	9.27	8.25	9.79

* Nestas duas Aplicações foi utilizado o SCDI, portanto a forma reduzida do CDI, tendo este último sido usado, na sua versão completa, nas 3 últimas aplicações. As células (a) apresentam os valores ajustados para o número de itens. A média do SCDI assim corrigida para 27 itens (número de itens do CDI total), estando entre parentesis as médias obtidas para os 19 itens da forma reduzida utilizada no início do estudo.

Como podemos observar, as médias do CDI tendem a ser sempre muito mais elevadas que a média ajustada do SCDI. Estes resultados põem em causa o valor e o significado desta comparação entre médias. É assim de notar que, de um instrumento para o outro, não só muda o número de itens, como se altera, nalguns casos, a forma como eles estão redigidos.¹⁸⁷ É possível que, apesar de ambos os instrumentos terem as mesmas 4 opções de resposta e todos os conteúdos dos itens do SCDI estarem presentes no CDI, as alterações no formato escrito tenham produzido efeitos nas respostas dos sujeitos. Torna-se assim irrelevante fazer comparações entre os vários momentos de observação a estes níveis e ter-se-á em conta esta discrepância nas tendências centrais ao longo do resto do estudo.

Como se pode observar pela análise do quadro anterior, as médias do CDI (utilizado nas três últimas aplicações) tendem a ser, *grosso modo*, semelhantes, apesar de se encontrar uma média ligeiramente mais baixa na 3ª aplicação. Lembra-se que esta aplicação distou apenas seis meses da anterior, enquanto as seguintes se distanciaram um ano; este factor temporal poderá ter tido algum tipo de influência nos resultados encontrados nesta medição.

O facto do CDI ter sido adaptado, no seu formato de resposta, de três para quatro opções, em relação ao original de Kovacs, não permite igualmente uma comparação directa e significativa entre as médias que

¹⁸⁷ Apenas como exemplo, aqui se descreve a forma como o item 1 do CDI e o correspondente item 8 do SCDI estão formulados. Assim, no primeiro, as 4 opções estão redigidas da seguinte forma: "Nunca me sinto triste", "Às vezes sinto-me triste", "sinto-me quase sempre triste" e "sinto-me sempre triste". No segundo caso será "Não me sinto triste", "Sinto-me triste", "estou quase sempre triste" e "Sinto-me tão triste e infeliz que não consigo aguentar".

obtivemos com a nossa população e as médias obtidas noutros países com o formato de três escolhas. A introdução de mais uma alternativa altera as escolhas possíveis. Podemos dar como exemplo o item nº 5 do CDI original "I am bad all the time, "I am bad many times", "I am bad once in a while". O item correspondente da escala traduzida e adaptada pela autora do presente trabalho será "Sou quase sempre mau", "Sou mau muitas vezes", "Sou mau de vez em quando" e "Nunca sou mau". Como podemos ver, há uma mudança naquilo que é perguntado ao sujeito, já que o aumento das alternativas implica introduzir mais possibilidades e, em certos casos, extremar mais as escolhas mais graves e "normais". A mais alternativas está também associada um aumento eventual na complexidade das questões (mais alternativas a ter em conta em simultâneo, baseadas em frases mais elaboradas, implicando, em princípio, uma maior dificuldade no processo de escolha). Por estas razões, a esta comparação entre os aspectos descritivos das duas escalas não será aqui efectuada.

1.3. Estatística descritiva do DSRS

Dos resultados desta análise (quadro nº 32), há apenas a assinalar que as médias, quer das respostas aos itens de Depressão, quer de Desesperança, são sempre muito aproximadas, com uma propensão para subirem após a 3ª aplicação.

Quadro n° 32: DSRS: Estatística descritiva

	1ª Aplicação		2ª Aplicação		3ª Aplicação		4ª Aplicação		5ª Aplicação	
	1209		1140		805		1280		995	
escalas	Dep	Des	Dep	Des	Dep	Des	Dep	Des	Dep	Des
ansiedade	30.40	4.97	29.88	4.93	29.47	4.73	30.46	4.78	30.55	4.92
suicídio	4.24	1.14	4.75	1.16	4.93	1.16	4.86	1.14	5.33	1.22

Nota: Dep corresponde à escala de depressão e Des à escala de Desesperança

Tal como aconteceu com o CDI, as médias aqui encontradas são francamente mais elevadas do que as verificadas na literatura de outros países. Este aspecto é aqui mais saliente dado que neste instrumento apenas houve uma alteração: a retirada do item do suicídio, relembramos, por imposição dos órgãos dirigentes das escolas. Não encontramos explicação plausível para esta diferenciação entre as tendências centrais da amostra portuguesa e das amostras norte-americana e inglesa, a não ser uma predisposição cultural que leva as nossas crianças e jovens a avaliarem-se de forma mais grave. Contudo, dado que apenas existem três outros estudos com dados descritivos publicados (Birleson, 1981; Birleson, Hudson, Buchanan & Wolff, 1987; Asarnow e Carlson, 1985) , as conclusões terão de ser cautelosas.

1.3. Estatística descritiva do PNID

O quadro nº 33 descreve-nos a tendência central e de dispersão das duas escalas de que se compõe o PNID, apresentando as médias e os desvio-padrões de ambas: Escala de Depressão (com 13 itens) e Escala de Não-depressão (com 6 itens, dos quais 3 de felicidade e 3 de popularidade).

Quadro nº 33: PNID: Estatística descritiva

	1ªAplicação	2ªAplicação	3ªAplicação	4ªAplicação	5ªAplicação
N	1283	1196	1196	1173	1078
ESCALA DE DEPRESSÃO					
Média	.62	.46	.33	.80	.62
Desvio-Padrão	.59	.49	.44	.62	.62
ESCALA DE NÃO-DEPRESSÃO					
Média	1.92	2.16	1.98	2.10	2.18
Desvio-Padrão	.94	.88	1.37	.90	.88

É nítida uma oscilação nas médias da escala de depressão, com um resultado mais elevado na última medição e um mais baixo na 3ª aplicação (oscilações entre .33 e .62). Na escala de não-depressão, as médias são bastante mais homogêneas ao longo do tempo e também mais elevadas, denotando um maior número de nomeações referentes a comportamentos adequados, do que para os itens de desadaptação típicos de depressão.

Contrariamente ao que acontecia com os anteriores, neste instrumento, os valores encontrados para a população portuguesa

evidenciam uma redução em relação aos resultados encontrados na população americana (média de depressão de 1.60 com desvio-padrão de 1.16 [Lefkowitz & Tessiny, 1985]). No entanto, quando comparados com os da população espanhola (média de .23 e desvio-padrão de .74 para subescala de depressão)[Polaino-Lorente & Doménech-Llaberia, 1990]) os nossos dados mostram-se mais elevados, aproximando-se apenas da média das crianças e adolescentes espanhóis na 3ª aplicação em que, como vimos, a média da nossa amostra se evidencia bastante inferior à das outras aplicações.

Estes resultados voltam a confirmar o interesse limitado em comparar valores médios de resposta entre populações oriundas de contextos tão diversos, e sugerem que os estudos e análises interculturais, tão relevantes, devem apoiar as suas interpretações em índices mais complexos e qualitativos, em detrimento do mero uso de valores médios globais de medidas de papel e lápis.

2. Análise comparativa entre as diferentes medidas de depressão

O estudo comparativo das diferentes medidas de depressão utilizadas, que realizaremos em seguida, a par de pretender esclarecer as questões teórico-metodológicas referidas, teve o intuito de analisar a **validade concorrente** dos instrumentos e de os **diferenciar nas suas especificidades**.¹⁸⁹

¹⁸⁹ Dada a composição do IDES em três escalas, a não avaliação exclusiva de aspectos depressivos e a maior complexidade na apresentação dos seus dados comparativos com os outros instrumentos, decidi, nesta rubrica, apresentar o IDSE separado dos restantes instrumentos de depressão.

3.1. Estudo comparativo entre o CDI, O DSRS e o PNID

A relação entre os instrumentos foi estudada através de coeficientes de correlação de Spearman e de Pearson (Quadro nº 34). Os coeficientes de correlação de Pearson pressupõem a continuidade e a normalidade da distribuição; estas características não caracterizam o PNID, cujos valores, como já afirmamos, não evidenciam uma distribuição normal. Pelo facto dos coeficientes de Pearson serem aqueles que habitualmente são utilizadas na literatura, não quisemos deixar de aqui os apresentar, mas preferimos, neste caso particular, dar relevo às de Spearman.

Quadro nº 34: Coeficientes de correlação entre os vários instrumentos de depressão

	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação
N	671	1126	803	1063	956
DSRS-CDI	.48 (a) (.42)	.61 (a) (.52)	.73 (b) (.66)	.79 (b) (.65)	.72 (b) (.61)
CDI-PNID	.12 (a) (.09)	.15 (a) (.10)	.15 (b) (.07)	.34 (b) (.16)	.17 (b) (.12)
DSRS-PNID	.16 (.16)	.09 (.10)	.16 (.07)	.20 (.11)	.16 (.09)

Nota: Entre parentesis encontram-se os coeficientes de correlação de Spearman; todas as correlações são significativas a $p < .05$

(a) o instrumento usado foi o SCDI

(b) o instrumento usado foi o CDI

Pela análise do quadro anterior, é possível verificar que as correlações mais elevadas se encontram entre os instrumentos de autodescrição e que essas correlações são mais intensas quando se efectuam entre o DSRS e o CDI. Tal significa que há uma maior relação com o CDI total do que com a sua versão reduzida (SCDI). As correlações encontradas entre o DSRS e o CDI são ligeiramente mais baixas do que a descrita, para os mesmos instrumentos, por Asarnow e Carlson (1985), a qual tinha um valor de .82 ($p < .001$).¹⁰⁹

Quanto às relações entre as autodescrições e as avaliações pelos colegas, elas mostram-se, de forma geral, fracas.

Comparando com os dados oriundos da literatura, verifica-se que os resultados desta análise não se diferenciam dos estudos concretizados com amostras de outros países. Assim, Polaino-Lorente e Doménech-Llaberia (1990) haviam encontrado uma correlação de .15 entre o CDI e o PNID e Lefkowitz e Tessiny (1980) uma correlação de .23. Desconheço, na literatura, a existência de estudos que comparem o PNID com o DSRS, pelo que, neste caso particular, não temos termo de comparação. Como, no entanto, os valores são semelhantes aos da correlação com o CDI (apesar de ligeiramente mais baixos), podemos generalizar a conclusão de que é fraca a relação entre a avaliação da depressão feita por colegas e a avaliação que cada aluno faz de si próprio; essa relação é, no entanto, positiva.

Assim, segundo este estudo e confirmando dados de anteriores trabalhos noutros países (Kazdin, 1988), já referidos na capítulo sobre avaliação, (1) existe uma relação moderada a boa entre as respostas do

¹⁰⁹ O facto, já analisado, da depressão surgir como um construto bastante disperso, composto por várias facetas, não faria esperar correlações muitíssimo elevadas entre as medidas de auto-avaliação.

mesmo sujeito a dois instrumentos distintos que, pretendendo medir o mesmo, colocam o sujeito a dar uma imagem de si e (2) existe uma imagem pouco coincidente entre a visão que o sujeito tem do seu ajustamento e a que os colegas têm dele.

Pretendeu-se, também, estudar o grau de acordo da classificação dos sujeitos, em grupos ordenados de graus de depressão induzida pelos diferentes instrumentos. Calculou-se, assim, a estatística G (Goodman-Kruskal Gamma) associada a cada uma das tabelas de contingência resultantes das 5 aplicações dos 3 instrumentos. Este teste foi escolhido já que outros índices do grau de associação (concordância) entre duas classificações ordenadas, como o são o coeficiente tau de Kendall e o coeficiente de correlação de Spearman, não são apropriados a tabelas de contingência, visto não levarem em consideração o número de empates nas ordenações (Wickens, 1989; Siegel, 1988).

No quadro nº 35 apresentamos os coeficientes Gamma associados à ordenação em 4 graus de depressão (tendo em conta os grupos 1, 2, 3 e 4 atrás definidos, fazendo coincidir o grupo 1 com ausência de depressão e o Grupo 4 com depressão grave), com base nos valores obtidos nas cinco aplicações realizadas com o DSRS, o CDI e o PNID.

Os diferentes instrumentos foram também comparados relativamente ao acordo que geraram na classificação dos sujeitos nos dois grupos extremos (Grupo 4 versus Grupo 1). No mesmo quadro estão assim igualmente evidentes os coeficientes Gamma associados à ordenação apenas em dois graus de depressão.

Quadro n° 38: Coeficientes Gamma associados à ordenação em 4 e em 2 graus de depressão (estes últimos entre parentesis e envolvendo apenas os grupos extremos, 1 - não deprimidos - e 4 - deprimidos), com base nos valores obtidos em 5 aplicações do CDI, do DSRS e do PNID.

	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação	GLOBAL
CDI-	.5657	.6686	.8375	.8394	.7779	.7454
DSRS	(1.00)	(.998)	(1.00)	(.999)	(.997)	(.978)
CDI-	.1140	.1297	.0874	.2160	.1552	.1471
PNID	(.416)	(.539)	(.684)	(.846)	(.669)	(.647)
DSRS-	.1937	.1260	.0822	.1284	.1027	.1320
PNID	(.635)	(.334)	(.398)	(.480)	(.416)	(.464)

Nota: o índice global (que corresponde à correlação média) é calculado pela raiz quadrada da média aritmética do quadrado dos 5 índices.

Os dados resumidos no quadro anterior apontam para uma grande concordância entre os instrumentos de auto-descrição e um acordo superficial entre os de auto e os de hetero-avaliação. É assim de salientar o total acordo demonstrado pelo CDI e pelo DSRS nos grupos extremos de depressão (visíveis nos valores de 1.00 ou próximo destes), demonstrando que um sujeito classificado por um dos instrumentos como sendo do grupo 1 (extremo de não depressão), não será nunca classificado pelo outro instrumento como pertencendo ao grupo 4 (extremo de depressão). Divergirão, por vezes, nas classificações dos grupos intermédios, mas não ao nível dos grupos extremos.

Para melhor entender estas relações, estudamos a associação intra-instrumentos, i.e., calculámos os coeficientes Gamma associados a

duas aplicações simultâneas da mesma medida avaliativa (quadro nº 36).

Quadro nº36: Coeficientes Gamma associados a duas aplicações sucessivas da mesma escala. O índice global (que corresponde à correlação média) é calculado pela raiz quadrada da média aritmética do quadrado dos 4 índices.

	1ªAplicação	2ªAplicação	3ªAplicação	4ªAplicação	GLOBAL
	2ªAplicação	3ªAplicação	4ªAplicação	5ªAplicação	
CDI	.6244	.5421	.6808	.6497	.6264
DSRS	.6559	.5801	.6410	.5977	.6194
PNID	.5311	.3839	.3328	.4633	.4349

A par de poder verificar-se que duas aplicações contingentes de uma mesma escala têm sempre correlações mais elevadas do que as não contingentes, pode confirmar-se que as correlações e os coeficientes Gamma entre instrumentos de autodescrição, apresentadas nos dois quadros anteriores, são mais elevados que as correlações de aplicações consecutivas do mesmo instrumento.

O mesmo não se passa com o PNID, no qual as correlações entre aplicações sucessivas, ainda que não tão elevadas quanto as de instrumentos auto-descritivos, são claramente mais altas que as da relação com a auto-avaliação.

Estes últimos dados, hipoteticamente atribuíveis às qualidades das escalas, à manutenção do problema num período de tempo limitado às divergências e acordos entre as percepções dos avaliadores, interpretados em conjunção com os anteriores, sugerem que as grandes divergências parecem encontrar-se, essencialmente, ao nível das percepções

dos sujeitos. A comparação, que a seguir se apresenta, entre os três instrumentos completados pelas crianças e o questionário preenchido pelos professores procurará confirmar esta asserção.

2.2. Estudo comparativo entre o CDI, o DSRS, o PNID e o IDSE

Foi realizado o mesmo tipo de análise comparativa e relacional, mas agora explorando a ligação do Inventário de Depressão, Comportamento Social e Comportamento Escolar (IDSE) preenchido pelos professores com os restantes três instrumentos de avaliação da depressão.

Dos 89 questionários devolvidos aquando do primeiro momento avaliativo, diversos correspondiam à avaliação da mesma criança ou jovem, por professores diferentes. Assim, foi computado um valor médio dessas avaliações por forma a cada sujeito ter um único índice avaliativo.¹⁹⁰

Tal implicou que as análises realizadas com este instrumento tenham sido baseadas, apenas, num total de 35 sujeitos e numa avaliação centrada em apenas um momento temporal - a 4ª Aplicação. Os resultados dos outros instrumentos em comparação com o IDSE foram, também, os relativos à 4ª observação, já que só fazia sentido comparar as avaliações dos professores com a percepção actual, quer do próprio, quer dos colegas.

O quadro nº 37 apresenta os valores das correlações (coeficiente de Spearman) entre cada uma destas escalas e os instrumentos para avaliação da depressão pelo próprio e pelos colegas.

¹⁹⁰ Pelo facto de terem sido devolvidos apenas 3 questionários do segundo momento de aplicação do IDSE, achou-se por bem não incluir estes três exemplares, dado o seu escasso número.

Quadro n 37: Resultados da relação entre os valores obtidos no IDSE (escalas de depressão, de comportamento e rendimento escolar e de socialização) e os valores nos três instrumentos de avaliação da depressão preenchidos pelas crianças (CDI, DSRS e PNID) durante a 4ª aplicação: Coeficientes de Spearman

	ESCALA DE DEPRESSÃO	ESCALA DE COMPORTAMENTO E RENDIMENTO ESCOLAR	ESCALA DE SOCIALIZAÇÃO
CDI	-.07	.25	.01
DSRS	-.13	.24	-.04
PNID	.43*	.12	.62*

Nota: As correlações significativas encontram-se assinaladas com * ($P < .05$)

Verifica-se que a depressão medida, quer pelo DSRS, quer pelo CDI, não tem qualquer relação com as escalas da avaliação realizada pelo professores. Em contrapartida, o PNID mostra valores significativos, quer com a escala de depressão, quer com a escala de comportamento social. Relembre-se que o PNID já se havia mostrado correlacionado com desempenho escolar e com as avaliações realizadas pelos professores quanto a aptidões de trabalho e a comportamento social (Lefkowitz & Tessiny, 1980).

Parece que a percepção que os professores têm dos alunos, se relaciona com a avaliação que dele fazem os colegas e que os professores os colegas tendem a ver os mesmos sujeitos como deprimidos. Em simultâneo, os sujeitos que os professores consideram como tendo mais problemas de socialização, são aqueles que os pares vêm como mais deprimidos.

O desempenho escolar é o que surge mais relacionado com a avaliação, ainda que esta relação seja fraca. Isto poderá indicar que

sujeitos que, do ponto de vista dos professores, são vistos como tendo mais problemas escolares, tendem a perceber-se como mais deprimidos.

Dada a grande disparidade entre os conteúdos e formatos do PNID e do IDSE e entre os sujeitos que preenchem ambos, o acordo demonstrado a nível destes instrumentos permitimo-nos recolocar, reformulando, a hipótese anteriormente defendida, de que as razões para o desacordo entre os instrumentos se verifiquem ao nível das percepções daquilo que é observado (comportamentos externos versus experiência subjectiva). A partir da observação que professores e colegas fazem do sujeito a avaliar, é construída uma imagem ou hetero-percepção, que, apoiada nos mesmos comportamentos exteriorizados, tenderá a sobrepôr-se, mas que coincidirá apenas marginalmente com a percepção que esse sujeito faz de si próprio. Desta forma, qualquer das avaliações se mostrará proveitosa: poderá ser importante para o clínico estar informado acerca da imagem menos positiva ou de desajustamento que os outros (colegas ou professores) têm da criança, dadas as implicações futuras de integração e bem estar social associadas a essa hetero-avaliação e às expectativas e atitudes que elas necessariamente impõem. Será, igualmente, fulcral perceber a perspectiva de bem estar ou insatisfação específica ou global que a criança tem de si própria. Aqui, a estabilidade temporal desta auto-imagem negativa, pesa na gravidade das suas consequências.

O carácter interessante destes resultados e a sugestão das potencialidades do IDSE, merecem que ele venha a ser alvo de futuros estudos, alargados a amostras mais vastas.

ESTUDO 2

ESTUDO DO PADRÃO DE DESENVOLVIMENTO

2.1. O desenvolvimento e a gravidade da depressão

A questão que rege as análises aqui apresentadas é a da existência ou não de um efeito de desenvolvimento associado à variável depressão. Será que, ao longo das etapas de desenvolvimento da criança e do adolescente, se verifica um padrão específico associado ou características do estado de depressão? O delineamento do estudo realizado possibilitou-nos colocar a mesma questão, quer em termos longitudinais, quer em termos transversais, tendo por base 5 ou 4 réplicas da mesma comparação (consoante tivemos ou não em conta a 2ª aplicação dos instrumentos). Apenas o conjunto global das análises realizadas, como veremos, não permitiu perceber/explicar o padrão definido pelos dados, discernindo os efeitos da *maturação* dos da *história* (pessoal, de aplicação, etc.).¹⁹(Campbell & Stanley, 1969).

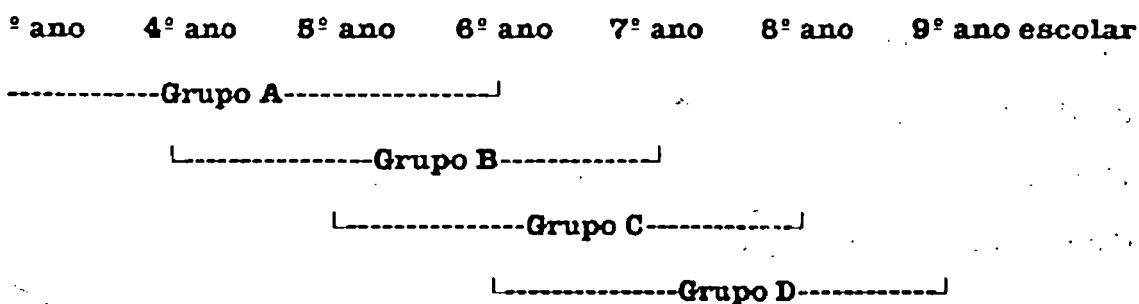
2.1.1. Análises longitudinais

Amostra

O estudo iniciou-se com a análise dos resultados encontrados nos instrumentos SCDI, CDI, DSR8 e PNID, junto da amostra longitudinal. Esta subdivide-se em quatro subamostras definidas pelo ano de escolaridade em

¹⁹ História e Maturação designam duas das 8 categorias de variáveis, definidas por Campbell & Stanley, (1969), passíveis de afectar resultados de um estudo. História refere o conjunto de variáveis externas ao sujeito, que tendo lugar entre aplicações influem de forma a torná-las diferentes. Maturação refere o conjunto de variáveis que têm o mesmo papel mas são intrínsecas ao sujeito. Este último conjunto de variáveis definem o que entendemos, no estudo agora em análise, por desenvolvimento.

ue os sujeitos entraram no estudo. Estes quatro grupos distintos de sujeitos definem quatro estudos longitudinais relativamente independentes, passíveis de serem comparados em diferentes pontos do contínuo de desenvolvimento/temporal. Assim, temos aquele a quem denominamos **Grupo A**, que corresponde aos sujeitos que, na 1ª Aplicação, se encontravam no 3º ano de escolaridade e terminaram, na 5ª Aplicação, no 5º ano, o **Grupo B** que, na 1ª aplicação, se encontrava no 4º ano de escolaridade e na 5ª Aplicação, terminou no 7º ano, o **Grupo C**, que iniciou as suas observações no 5º ano de escolaridade e as terminou no 8º ano e, finalmente, o **Grupo D** que, na 1ª Aplicação estava no 6º ano de escolaridade e na última aplicação se encontrava no 9º ano escolar. Para facilitar a compreensão, apresenta-se de seguida um gráfico descritivo.



Fomos então seguir os padrões de resposta de cada um desses grupos ao longo do tempo com vista a compará-los.

Destas análises foram extraídos os sujeitos que haviam reprovado ao longo do estudo longitudinal. Na base desta opção esteve o facto de trabalharmos com níveis escolares e não com níveis etários. Os sujeitos que aprovaram diferiam, quer em termos de *maturação*, quer em termos de

história, dos do grupo escolar em que se integraram após reprovarem semelhança existente com os sujeitos desse grupo dever-se-ia limitar comunhão no nível escolar). Diferiam, igualmente, do grupo "abandonavam", por terem uma *história* diferente. Nesta situação encontravam-se quatro sujeitos, que não quisemos, portanto, incluir nenhum dos grupos. Curiosamente, as médias de depressão manifestas por estes quatro sujeitos eram, sistematicamente, muito superiores às médias dos outros. Como ilustração temos que, relativamente ao DSRS a média destes sujeitos se situava no intervalo [32.25; 39.00] enquanto a restantes se situava no intervalo [27.98; 31.44] (a informação sobre todas as aplicações das restantes escalas, as médias de todos os sujeitos e as médias do grupo dos que reprovaram, encontra-se no anexo nº 2).

Instrumentos

As escalas utilizadas na recolha de dados para este estudo foram o CDI, o DSRS e o PNID. A separação entre auto e hetero-avaliação, que parecia aqui pertinente, não só por razões conceptuais (independentizar o possível padrão de desenvolvimento baseado na auto-imagem daquela proveniente da percepção dos colegas), quanto por razões metodológicas (como vimos, as características métricas dos dois grupos de instrumentos mostravam-se distintas) levou à realização e, conseqüente, apresentação de análises separadas.

Os resultados do SCDI não se utilizam neste estudo. Tal como vimos, mesmo após se incluir o factor de correcção nas notas do SCDI, tende a ter médias muito mais baixas que a versão completa da escala (CDI). Tal facto complica a percepção do padrão de desenvolvim

hipoteticamente subjacente a este instrumento. Contornámos o problema ignorando as duas primeiras aplicações e limitando a análise à evolução do CDI total. Em relação aos outros dois instrumentos (DSRS e PNID), um outro factor relacionado com o intervalo de tempo entre as avaliações conduziu-nos para, nesta análise particular, eliminar os dados relativos à 2ª aplicação. Como dissemos já, as 5 aplicações não foram espaçadas por iguais intervalos de tempo. A 2ª aplicação distava seis meses da 1ª e distanciava-se seis meses da 3ª, pelo que interessou eliminá-la, para homogeneizar a informação conducente a um possível padrão. O facto dela ter sido realizada no início do ano lectivo, contariamente a todas as outras que haviam sido efectuadas próximo do seu final, também pesou nesta decisão. Assim, todas as observações a comparar para o estudo desenvolvimentista ficaram a distar, entre si, um ano e foram realizadas na mesma altura do ano escolar (Maio).

Método

Para a interpretação dos resultados socorremo-nos de uma análise gráfica baseada nas médias de cada grupo ou subamostra, e os efeitos encontrados vieram a ser testados através de uma ANOVA, apar perceber a sua magnitude. Finalmente, foram realizados contrastes (HSD de Tuckey) para explorar a que eram atribuíveis os efeitos encontrados.

Comecemos por analisar o padrão subacente aos dados, apoiando-nos na análise gráfica preliminar de cada um dos instrumentos em questão (Gráficos 1 e 2).

Gráfico n° 1: Médias do DSRS ao longo do tempo em cada um dos grupos A, B, C e D

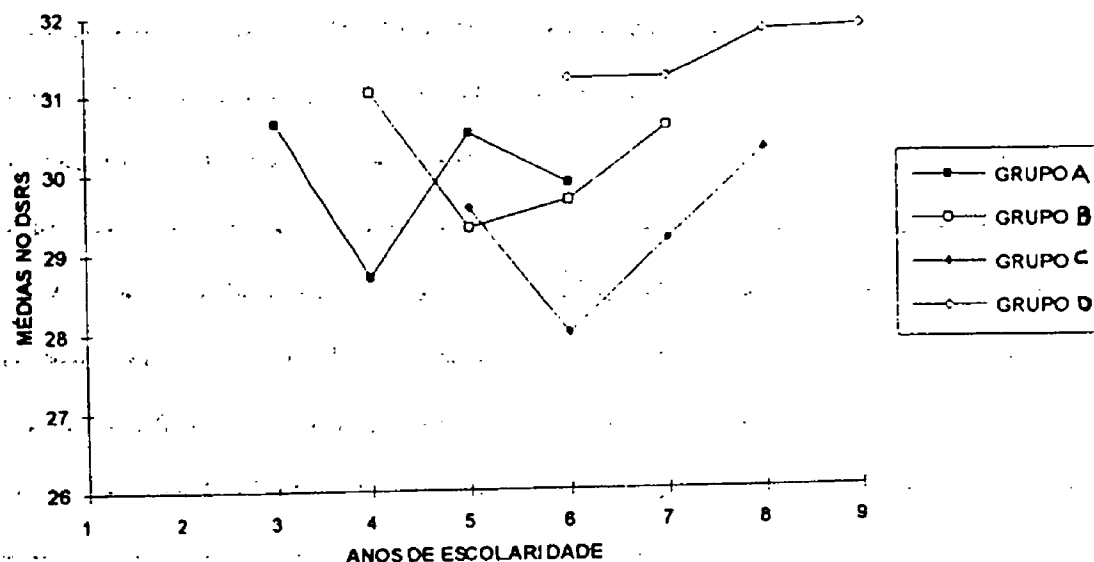
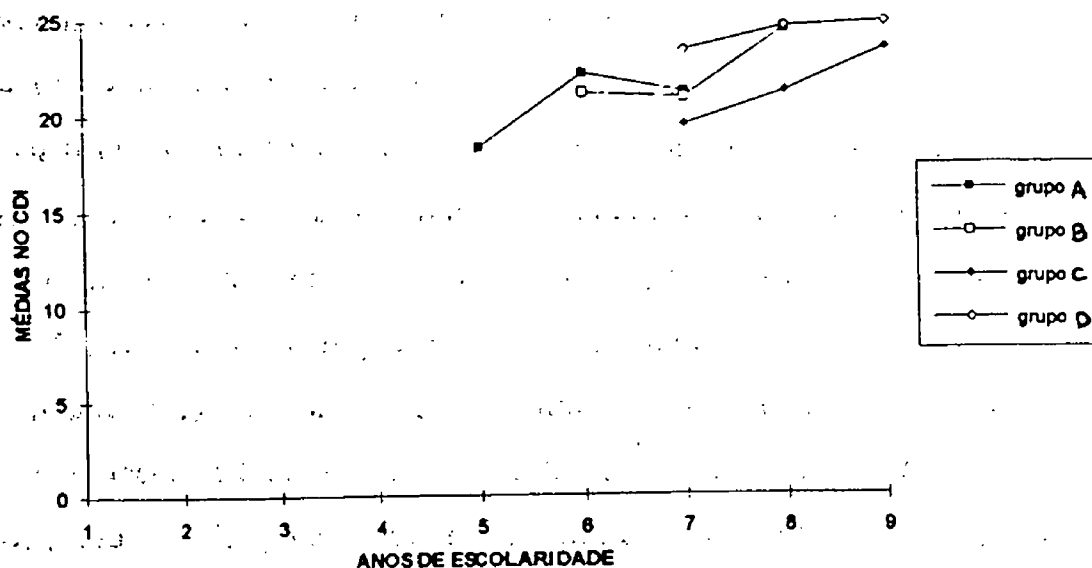


Gráfico n° 2: Médias do CDI ao longo do tempo. Relembre-se que, pelo facto das médias do SCDI (usado nas duas primeiras aplicações) se mostrarem sempre muito mais baixas, mesmo após correcção, elas foram retiradas desta análise.



Resultados e análises

Como podemos verificar ao analisar os dois gráficos, o primeiro aspecto que sobressaia, baseado na comparação entre os dois instrumentos, é a evidência de padrões aparentemente dispares de um instrumento para o outro, com o CDI a apresentar um padrão mais homogêneo entre os vários grupos, do que o DSRS. No entanto, a observação atenta e independente de ambos os gráficos sugere, no DSRS, um possível efeito da variável tempo (definida pela sucessão das aplicações) que se concretiza, globalmente, em médias mais elevadas na 1ª aplicação relativamente ao conjunto das restantes aplicações e uma tendência linear positiva associada às restantes medições, qualquer que seja a subamostra e o instrumento em análise. No CDI, dado que estamos a utilizar os dados apenas a partir da 3ª aplicação, para evitar entrar com a variabilidade relativa ao método, não podemos observar o padrão relativo aos dados mais elevados na primeira passagem do teste; pressupomos que o preenchimento, nas duas primeiras aplicações, de um formato reduzido, mas semelhante, desta mesma escala, não nos permite afirmar, sem sombra de dúvida, que, ao usarmos o CDI (total) na 3ª aplicação, pela primeira vez, estamos face a uma primeira passagem do instrumento. Estamos em crer, face às semelhanças de conteúdo e de formato, que a passagem do SCDI nas anteriores aplicações poderá entender-se, neste ponto particular, como se se tratasse da aplicação da mesma escala. As diferenças entre as médias de ambas estas versões, já referidas, não permitem assim perceber o impacto inicial, que sobressai nas médias do DSRS, relativo a uma inflação na primeira vez em que o instrumento é completado. No CDI repete-se o efeito encontrado para o DSRS, isto é, há evidência de uma tendência linear positiva com a passagem

do tempo e das várias medições. Em ambos os instrumentos parece igualmente destacar-se um efeito da variável subamostra, definida por um maior nível de depressão, constante, associado ao grupo D. Como é perceptível nos gráficos, este grupo corresponde à subamostra que iniciou o estudo quando já se encontrava em anos escolares/níveis etários mais avançados. Este grupo inclui sujeitos de ambos os colégios e de diversas turmas, o que complica a interpretação deste dado, por não ser assim passível de fazer coincidir (e explicar) o seu efeito com base em características específicas de um grupo contextualizado. A pertença, por exemplo, a um só turma ou a um só dos colégios facilitaria a interpretação deste resultado. Sem isso, fica a dúvida daquilo que o justifica.

Foi realizada uma análise de variância que veio confirmar a existência de um efeito da variável tempo para ambos os instrumentos (DSRS - $F_{(4,1296)} = 6.84, p=.000$; CDI - $F_{(2, 680)} = 9.96, p=.000$) e de um efeito da variável subamostra, igualmente evidente nos resultados das duas escalas de auto-avaliação (DSRS - $F_{(3,324)} = 3.43, p=.02$; CDI - $F_{(3,330)} = 2.37, p=.07$).

Para completarmos e melhor compreendermos estes resultados atentemos nos quadros 38 e 39, onde se evidenciam os resultados das duas Anovas realizadas com cada um dos instrumentos.

Quadro n° 38: ANOVA: DSRS como medida dependente

	g.l. do Efeito	MS do Efeito	g.l. do Erro	MS do Erro	F	p
Grupo	3	244.89	324	71.23	3.43	.017189
Tempo	4	86.08	1296	13.33	6.45	.000038
Grupo x Tempo	2	17.04	1296	13.33	1.28	.224937

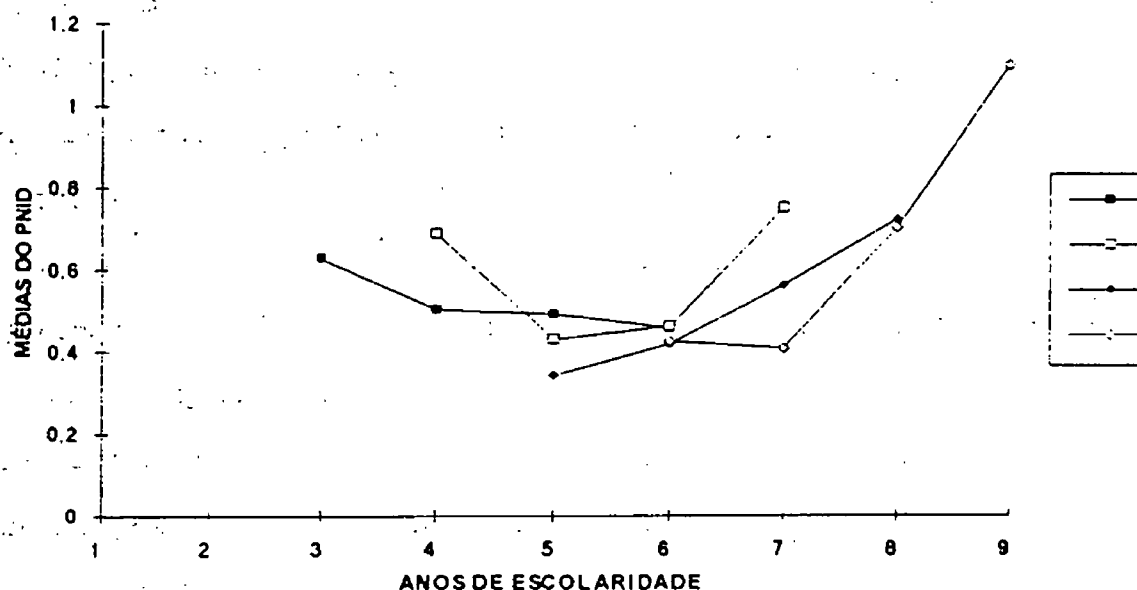
Quadro n° 39: ANOVA: CDI como medida dependente

	g.l. do Efeito	MS do Efeito	g.l. do Erro	MS do Err	F	p
Grupo	3	407.97	330	172.26	2.37	.070628
Tempo	2	692.84	660	89.53	9.96	.000053
Grupo x Tempo	6	113.86	660	89.54	1.91	.077081

Contrastes realizados sob a variável Grupo (HSD de Tukey) na escala DSRS sugerem que o efeito desta variável se deve a uma diferença de médias entre o grupo D e o grupo C ($p = .04$), visto que nenhuma outra comparação demonstrou significativa ($t < 1$). Na realidade, o grupo D manifesta resultados consistentemente mais elevados em todas as aplicações e o grupo C mostra resultados consistentemente mais baixos.

Com o instrumento preenchido pelos colegas (PNID), apenas foi efectuada uma análise preliminar gráfica, igualmente com base no padrão demonstrado pelas médias dos resultados do instrumento. Esta limitação de técnicas, não utilizando as utilizadas com os instrumentos de auto-avaliação, deveu-se, relembramos, às características métricas do instrumento.

Gráfico n° 3: Médias do PNID ao longo do tempo em cada um dos Grupos A, B, C e D



A leitura do gráfico n° 3 evidencia, de novo, uma tendência para haver resultados superiores na 1ª aplicação e uma tendência linear positiva nas seguintes. Aqui, o efeito do grupo D não é tão nítido, embora os diferentes grupos pareçam diferir no modo como as suas cotações evoluem. Esta leitura exploratória carece de inferência estatística por não se dispor de uma técnica equivalente à análise de variância com medidas repetidas,

em termos não paramétricos.¹⁹²

Discussão

A questão que regeu este conjunto de análises foi a da existência ou não de um padrão de depressão associando a gravidade da perturbação auto e hetero-avaliada com o desenvolvimento (aqui estando implicados e subjacentes o avanço etário e de ano escolar e a mudança de competências internas do sujeito). A existência de tal padrão presuporia uma interação entre as variáveis tempo e ano de escolaridade/idade/grupo.¹⁹³ De acordo com os resultados que encontramos, o efeito da variável tempo traduz a acção de variáveis da categoria de efeitos de *história* e não da categoria de *maturação*, já que, apesar de se encontrar de forma sistemática uma tendência linear positiva com o avanço na escolaridade, a ausência da interação entre as variáveis anteriormente referidas elimina a possibilidade de que ela seja atribuível ao desenvolvimento. Em relação, também, ao efeito da subamostra dos sujeitos que começaram a ser avaliados quando já mais velhos (no 6º ano de escolaridade), se o efeito de “desenvolvimento” se verificasse, seria de esperar que os sujeitos de todos os outros grupos (A, B e C), quando atingissem as idades mais velhas correspondentes às do grupo D, tivessem resultados de depressão tão elevados como os desse grupo. Como podemos ver nos gráficos 1, 2 e 3, em análises independentes

¹⁹² As transformações logarítmicas e arco-seno foram tentadas com o objectivo de se verificarem os pressupostos subjacentes à técnica de análise de variância, tendo sido malogradas. A análise realizada com violação de todos os pressupostos indicou, porém, um efeito da variável tempo e da interação desta variável com o ano de escolaridade ($F(9,849)=11.388, p=.00$).

¹⁹³ Por exemplo, nos sujeitos de todos os grupos notar-se-ia uma subida nos níveis de depressão quando se encontravam no 5º e no 6º ano de escolaridade, uma manutenção desses valores no 6º e no 7º e uma subida nítida no 8º ano e no 9º anos; este ou outro padrão, qualquer que ele fosse, teria que repetir-se, não de acordo com cada grupo, mas de acordo com o ano de escolaridade/idade em causa.

dos três instrumentos, isso não acontece. Podemos assim concluir, desta análise, a ausência de um padrão associando o desenvolvimento (aqui concretizado no avanço no ano de escolaridade/idade) e a gravidade da depressão avaliada pelo próprio e pelos colegas.

2.1.2. Análises transversais

Interessados em explorar quais as variáveis do âmbito da categoria *história* que poderiam estar associadas ao padrão dos dados, prosseguimos com a análise do estudo em termos transversais.

Amostra

Os estudos transversais foram realizados com todos os sujeitos envolvidos na investigação, ou seja, com a amostra global, num total de 2209. Esperava-se que esse facto, permitindo uma grande potência de teste levasse, em conjugação com o já conhecido através do estudo longitudinal, ao reconhecimento mais aprofundado dos factores em jogo.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a recolha de dados forma os mesmos do estudo longitudinal, à excepção do SCDI, que, não tendo sido usado naquela análise, o será agora.

Método

Voltamos a efectuar uma análise gráfica com base nas médias encontradas para cada um dos instrumentos em todas as aplicações. A multiplicidade de gráficos (num total de 15, 5 para cada um dos três instrumentos) levou-nos a optar por apresentar, no presente caso, e por razões de economia, não a sua representação gráfica, mas os valores das médias. Esses valores encontram-se nos quadros nº 40, 41 e 42. As médias foram comparadas para avaliar da significância estatística das suas diferenças.

Quadro nº40: Médias dos DSRS nas cinco aplicações, em cada ano de escolaridade

	3ºANO	4ºANO	5ºANO	6ºANO	7ºANO	8ºANO	9ºANO
1ª APLI.	30.33	30.98	30.16	29.95	30.65	30.26	30.21
2ª APLI.	31.60	29.35	30.31	29.16	29.49	29.89	—
3ª APLI.	30.81	—	28.98	29.66	28.38	30.85	29.45
4ª APLI.	—	30.88	30.96	30.12	29.60	30.54	30.38
5ª APLI.	30.21	29.37	30.88	30.18	30.32	30.79	31.66

Nota: Nalguns anos de escolaridade e em certas aplicações não foi possível recolher os dados e, noutros casos, os valores omissos não permitiram realizar as análises estatísticas. Por essa razão, este e os dois quadros que se seguem apresentam células em branco.

Quadro n°41: Médias dos CDI nas cinco aplicações, em cada ano de escolaridade; nas duas primeiras aplicações encontram-se os valores ajustados (assinalados com*), já que o instrumento utilizado havia sido o 8CDI

	3ºANO	4ºANO	5ºANO	6ºANO	7ºANO	8ºANO	9ºANO
1ª APLI.	11.68	8.60	8.99	9.13	12.23	9.9	—
2ª APLI.	11.98	9.89	8.98	6.68	8.88	9.3	—
3ª APLI.	22.20	18.82	21.46	19.98	23.14	21.78	—
4ª APLI.	—	21.00	21.83	21.98	21.68	23.52	22.84
5ª APLI.	20.08	20.97	20.87	22.34	23.83	24.03	24.44

Quadro n° 42: Médias do PNID-Depressão nas cinco aplicações, em cada ano de escolaridade

3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	
1ª APLI.	.718	.748	.387	.464	.429	.463	.613
2ª APLI.	.599	.848	.356	.373	.448	.381	—
3ª APLI.	.488	.834	.403	.481	.344	.441	—
4ª APLI.	—	—	.487	.479	.866	.813	.488
5ª APLI.	.488	.630	.436	.494	.720	.749	.431

Resultados e análises

A análise do quadro n° 40; relativo ao DSRS, mostra-nos médias muito semelhantes entre todos os anos de escolaridade e em todas as aplicações, apenas com algumas diferenças significativas entre elas. Como se pode verificar, as médias mais altas distribuem-se aleatoriamente, ora por uns anos escolares, ora por outros. De aplicação para aplicação,

médias de um determinado ano escolar podem encontrar-se na categoria da mais elevada, das intermédias ou da mais baixa, mostrando a não existência de um padrão constante. No CDI, como pudemos observar no quadro nº 41, numa aplicação são superiores os resultados dos anos escolares mais elevados, mas noutra as médias desses mesmos anos já surgem como inferiores, invertendo o padrão encontrado noutras aplicações. O 5º e o 6º anos de escolaridade parecem mostrar uma tendência para evidenciarem níveis mais elevados de depressão, mas, de novo, isto não é consistente e não atinge significância. Este último efeito parece esboçar-se, também, no PNID (quadro nº 42), mas de novo sem valor estatístico. Também neste instrumento os dados mostram uma alternância de padrões, de aplicação para aplicação.

Na globalidade das três medidas, o 3º ano escolar surge, com frequência, com tendência para apresentar resultados mais elevados. Este facto e o padrão de inconsistência são, assim, aquilo que mais sobressai da análise destes dados.

Novos objectivos

As conclusões retiradas do estudo longitudinal anteriormente apresentado tinham-nos trazido informações que nos permitiam agora colocar novos objectivos no estudo do padrão transversal. Sabendo que a subamostra a que designamos Grupo D e a primeira aplicação tinham um efeito potenciador nos resultados dos instrumentos, levando a maiores graus de depressão, fomos explorar se os seus efeitos se faziam sentir, igualmente, nos estudos transversais.

Estudamos os efeitos destas duas variáveis (subamostra D e primeira aplicação) para verificar se, após o seu controlo, as diferenças significativas anteriormente encontradas entre as médias se mantinham, ou se, pelo contrário, essas diferenças eram justificadas por estas variáveis. Dos resultados das análises realizadas, de novo parece evidenciar-se a presença de um efeito determinante do grupo D, que sabíamos já ser significativo. Esta subamostra influencia os resultados, inflacionando a média do ano escolar em que se encontra, nos sucessivos estudos transversais. Apenas o facto de se ter desvendado este efeito através do estudo longitudinal permitiu agora isolá-lo e reconhecê-lo nos estudos transversais.

Da mesma forma se confirmou a tendência, já observada em termos longitudinais, para se verificarem níveis de depressão mais elevados na primeira aplicação. A confirmação, nas análises transversais, da já reconhecida tendência para o aumento dos níveis depressivos no 3º ano de escolaridade reorientou-nos para um outro objectivo. Dado que esta tendência podia ter por detrás três efeitos distintos (o da variável "ano escolar", o da variável "ser novo na escola" e o da variável "responder pela primeira vez aos instrumentos"), pretendia-se responder à questão se uma delas ou a sua associação provocava o referido efeito de subida nos resultados.

Amostra

Por razões metodológicas, a resposta só podia provir dos dados dos estudos transversais, envolvendo, portanto, a amostra total, já que nestes (em contraste com o longitudinal) tínhamos sujeitos novos

entrarem ao longo do procedimento e, portanto, a serem testados pela primeira vez em diversos anos escolares - dando-nos, conseqüentemente, a possibilidade de separar os efeitos em jogo, que se mostravam confundidos.

Como veremos, numa das análises são deixados de fora os sujeitos que não são novos no colégio, utilizando apenas os resultados daqueles que entraram para essa escola, no ano em que são avaliados.

Instrumentos

As análises apoiaram-se nos instrumentos de auto-descrição (SCDI/CDI e DSRS) e no PNID. Apresentaremos essas análises de forma independente já que os métodos estatísticos utilizados diferiram.

Método

Para explorar as variáveis em jogo, foram utilizadas ANOVAS, para a interpretação dos dados referentes aos instrumentos de auto-avaliação e o teste de Kruskal-Wallis para a interpretação dos do PNID.

Resultados e análises relativas às medidas de auto-relato

(1) Contrastaram-se os sujeitos dos diferentes níveis escolares que estavam no colégio pela primeira vez, com os que já lá haviam estudado noutros anos e os resultados que eles obtiveram na 1ª e na 2ª aplicações. Uma ANOVA ("Grupo" x "Ser novo na escola" x "1ª/2ª

aplicação")¹⁹⁴ relativamente a cada medida de auto-avaliação da depressão demonstrou que, no DSRS, as três variáveis evidenciavam um efeito principal, sendo a média dos sujeitos que estavam pela primeira vez no colégio (31.67) superior à dos que já lá estavam (29.87) ($F_{(1, 764)}=7.1$ $p<.007$) e a média dos sujeitos na 1ª aplicação (31.32) superior à da 2ª aplicação (30.23) ($F_{(1, 764)}=10.81$ $p<.0012$). No CDI, o padrão repete-se, com os que estão pela primeira vez no colégio a evidenciarem médias superiores (11.77) em contraste com os que não entraram nesse ano para o colégio (8.75) ($F_{(1, 450)}=4.78$ $p<.029$) e a 1ª aplicação com médias superiores (11.75) 2ª aplicação (8.77) ($F_{(1, 450)}=18.01$ $p<.000$). Estes dois efeitos não interagem significativamente.

(2) Testámos os sujeitos que entraram pela primeira vez para o colégio no ano em que se realizou a 2ª aplicação.¹⁹⁵ Embora o padrão global nem sempre seja de magnitude que se conceba significativa ($p>0.05$), os sujeitos que estão pela primeira vez no colégio nesse ano têm resultados significativamente mais elevados que aqueles que não estão (para DSRS $F_{(81, 1138)}=11.68$, $p<.0007$; e para CDI $F_{(1, 1141)}=8.88$, $p<.0038$); em simultâneo, estes resultados tendem a baixar na 2ª vez que são testados (onde não existe efeito da variável "ser novo na escola") (para DSRS $F_{(1, 778)}=2.14$, $p<.1442$ para CDI $F_{(1, 787)}=4.86$, $p<.04$).

¹⁹⁴ Sabíamos já, do estudo longitudinal, que o Grupo D influenciava as médias,

¹⁹⁵ Nas outras aplicações, a primeira passagem da prova e a entrada no colégio nesse ano estavam confundidas, mas na 2ª e na 3ª aplicações, tal não acontecia, pelo facto de terem sido realizadas no mesmo ano lectivo. Assim, uma criança que tivesse entrado para o colégio aquando da 2ª aplicação, era avaliada pela primeira vez; na 3ª aplicação encontrava-se ainda na condição de ter entrado nesse ano para o colégio pela primeira vez para aquela escola, mas já não respondia pela primeira vez aos instrumentos.

Com base nas conclusões da análise de (1), não contrariadas por (2), podemos afirmar que existe um efeito, quer da variável "responder pela primeira vez aos instrumentos", quer da variável "ser novo na escola", efeitos esses que na 1ª aplicação se adicionam, mas não interagem.

Temos então como certos o papel das seguintes variáveis na determinação do padrão observado dos dados: (1) "ser novo na escola"; (2) "responder pela primeira vez aos instrumentos"; e (3) pertencer ao Grupo D.

Resultados e análise relativos ao instrumento de avaliação pelos colegas

Compararam-se, igualmente, os diferentes anos de escolaridade nas notas alcançadas no PNID, nas cinco aplicações. Para tal, levaram-se a cabo 5 testes Kruskal-Wallis, para ver se os grupos escolares diferiam entre si. Os resultados (1ª aplicação, $H_{(4,849)}=121.83$ $p=0.000$; 2ª aplicação, $H_{(8,1160)}=94.91$ $p=0.000$, 3ª aplicação, $H_{(8,807)}=36.78$ $p=0.000$, 4ª aplicação $H_{(8,918)}=0.00$ $p=1.00$ e 5ª aplicação $H_{(8,982)}=124.32$ $p=0.000$) sugerem diferenças das notas alcançadas pelos sujeitos nos diferentes anos de escolaridade, apesar destas diferenças serem de magnitude reduzida (ver médias). A elevada potência de teste, detectando mesmo efeitos pequenos, será, supomos, a razão que justifica terem-se encontrado estes resultados fracos.

Os efeitos verificados com este instrumento mostram que os sujeitos que estão no 3º ano de escolaridade têm tendência a ter notas superiores.

Das conclusões encontradas junto do conjunto de medidas

avaliativas surge a necessidade de confirmar a magnitude dos efeitos salientes e, conseqüentemente, um novo objectivo: o de tentar perceber se a conjugação destes factores explica só por si os padrões de subidas e descidas de médias encontrados.

Amostra e instrumentos

A amostra e os instrumentos em uso na exploração da extensão dos efeitos dos factores emergentes, mantiveram-se os mesmos da análise anterior, à excepção de, numa das análises, ter sido retirada a subamostra denominada grupo D, com a intenção de poder controlar e perceber o seu impacto nas variações de médias encontradas entre os vários anos de escolaridade.

Método

Para corresponder aos objectivos estipulados e tentar explicar o padrão associado às comparações transversais, apropriamo-nos do modelo ANOVA, que estuda o efeito da variável ano de escolaridade sobre as medidas de depressão e inserimos a variável "ser novo na escola". Em simultâneo eliminamos da amostra estudada os sujeitos do grupo D. Os resultados das análises realizadas com base nos resultados dos dois instrumentos de auto-descrição são apresentadas no quadro nº 43.

Quadro n° 43: Explicação do padrão associado às comparações transversais.

	DSRS		CDI	
	SEM CONTROLO (1)	COM CONTROLO (2)	SEM CONTROLO (1)	COM CONTROLO(2)
1ª APLICAÇÃO*	F(8,1137)=1.11 p=.381	F(8,923)=.918 p=.43	F(8,829)=3.08 p=.009	F(4,803)=4.87 p=0.001
2ª APLICAÇÃO	F(8,1134)=5.80 p=0.00	F(8,981)=.642 p=.67	F(8,960)=9.91 p=.00	F(8,984)=.97 p=.44
3ª APLICAÇÃO	F(8,791)=5.14 p=0.00	F(8,733)=.79 p=.88	F(8,798)=4.85 p=0.00	F(8,739)=.38 p=.86
4ª APLICAÇÃO	F(8,1289)=1.77 p=.10	F(8,1089)=.61 p=.71	F(8,1243)=2.07 p=.08	F(8,1073)=1.01 p=.41
5ª APLICAÇÃO	F(8,981)=1.45 p=.19	F(8,214)=1.89 p=.09	F(8,979)=2.67 p=.01	F(8,912)=3.9 p=.00

(1) ANOVA-one way

(2) ANOVA em que se comparam os anos de escolaridade retirando-se da análise os sujeitos do Grupo D e se introduz a variável "novo na escola"

* A 1ª Aplicação não permite isolar a variável "1ª vez de teste". Esta variável fica isolada nas restantes aplicações ao ser controlada a variável "novo na escola"

Resultados e análises

Os valores evidentes no quadro n° 43 sublinham e corroboram os dados anteriormente encontrados, quer nos estudos longitudinais, quer nas diversas análises tranversais efectuadas, quanto à não existência de um padrão de gravidade da depressão associado a um factor de maturação/desenvolvimento. Em simultâneo confirmam o efeito de três variáveis que interferem com esse padrão: "ser novo na escola", "responder pela 1ª vez ao teste" e "pertencer à subamostra D".

Dados adicionais

As ANOVAS concretizadas para perceber o efeito de cada uma das variáveis nos resultados de depressão (referidas na p.533) trouxeram uma interessante informação adicional. Do *design* metodológico emergiu uma interação marginalmente significativa entre o ano escolar e o facto do sujeito estar pela primeira vez, nesse ano, no colégio. Um aprofundamento desta interação permitiu perceber que há uma grande variabilidade, face aos diferentes grupos de escolaridade, nos grupos de depressão que irão integrar. Esse efeito não é idêntico em todos os anos: os alunos que já estão no colégio há mais de um ano tendem a ter médias mais homogêneas, com resultados médios de depressão mais ou menos semelhantes (apesar de existirem diferenças significativas). Em contraste, nos que entram pela primeira vez, essas médias tendem a ser mais divergentes e a dispersarem-se pelos diferentes níveis de depressão e de não depressão. Parece assim haver um facto de uniformização dos níveis depressivos com a permanência no colégio.

2.2. Estabilidade versus transitoriedade da condição de depressão e da condição de não depressão

Uma das questões que este trabalho tinha como objectivo explorar era a estabilidade ou transitoriedade da condição depressiva nas populações jovens. O estudo da probabilidade que os sujeitos avaliados teriam de continuar depressivos por períodos temporais mais ou menos alargados, tentava responder a uma das dúvidas teóricas mais debatidas no domínio da depressão infanto-juvenil. Esta dúvida, englobando o entendimento da depressão enquanto entidade interna persistente e grave ou enquanto fenómeno reactivo transitório, poderia ser esclarecida, igualmente, através do estudo das crianças e adolescentes classificados num momento temporal como não deprimidos, ao analisar a probabilidade de se manterem ou não como tal nos anos seguintes.

Amostra

Este estudo apoiou-se na amostra longitudinal e englobou todos os sujeitos que, ao longo dos três anos em que decorreram as avaliações, se classificaram como sentindo-se muito deprimidos (pertencendo ao Grupo 4) ou como não se sentindo nada deprimidos (Grupo 1).

Instrumentos

Este estudo utilizou os dados recolhidos através dos instrumentos de auto-descrição. A exclusividade do uso destas medidas e a não

incorporação dos dados do PNID tiveram, na sua base, duas justificações: interesse em explorar a extensão da "cristalização" ou reactividade auto-imagem e o facto das aplicações sucessivas do PNID, contrariamente dos instrumentos de auto-descrição, terem evidenciado uma baixa correlação. Assim, não se esperava, à partida, uma grande estabilidade das percepções sobre comportamentos depressivos oriundas dos colegas. Esperava-se continuidade nas auto-imagens, pelo que deixamos de fora hetero-percepções e aprofundamos o estudo das auto-percepções.

Método

A evolução temporal dos sujeitos deprimidos (Grupo 4) e dos sujeitos não deprimidos (Grupo 1), foi estudada através da análise de padrão de estabilidade ou de mudança de estatuto (passar a ser classificado em outro Grupo quanto ao nível de depressão). Os dados recolhidos através da metodologia longitudinal permitiram acompanhar esta evolução ao longo do tempo.

Fomos estudar a percentagem de sujeitos que ainda mantinham extremamente deprimidos um ano, dois anos e três anos depois, no ponto de vista da auto-avaliação, bem como aqueles que se mantinham não deprimidos nos mesmos períodos de tempo. Dado o DSRS e o CDI seleccionarem exactamente o mesmo número de sujeitos como deprimidos como não deprimidos (com o CDI a tender a ser mais restritivo ao classificar em Grupo 4 e em Grupo 1 um número inferior de casos), decidimos realizar essa análise independentemente para o CDI e para o DSRS. Os dados encontram-se nos quadros nº 44 e 45.

Quadro n° 44: Número e percentagem de sujeitos do Grupo 4 (extremo de depressão) que se mantém nesse grupo 4, 2 ou 3 anos depois, de acordo com a classificação dada pelo CDI

Aplicação	N inicial	1 Ano Depois		2 Anos Depois		3 Anos Depois	
1ª	21	8	38.1	4	19	8	23.8
2ª	36	8	22.2	7	19.4	—	—
3ª	23	9	39.1	6	26.1	—	—
4ª	27	10	37	—	—	—	—
N total	107	n	%	n	%	n	%

Nota: n é o número relativo aos N sujeitos deprimidos na aplicação respectiva; % é relativa ao N inicial na 1ª aplicação e a cada um dos n subsequentes

Quadro n° 45: Número e percentagem de sujeitos do Grupo 4 (extremo de depressão) que se mantém nesse grupo 1, 2 ou 3 anos depois, de acordo com a classificação dada pelo DSRS

Aplicação	N inicial	1 Ano Depois		2 Anos Depois		3 Anos Depois	
1ª	86	21	37.8	19	34	20	38.7
2ª	81	21	41.2	19	37.2	—	—
3ª	48	26	87.8	22	48.9	—	—
4ª	87	28	49.1	—	—	—	—
N total	209	n	%	n	%	n	%

Nota: n é o número relativo aos N sujeitos deprimidos na aplicação respectiva; % é relativa ao N inicial (na 1ª aplicação) e a cada um dos n subsequentes

Resultados e análises relativas aos sujeitos do Grupo 4

Os anteriores quadros mostram-nos uma certa oscilação probabilidade de voltar a estar deprimido numa avaliação subsequente, bem como disparidades entre o número e a percentagem de sujeitos nessas condições, consoante a avaliação é realizada com base num ou noutro dos instrumentos. No geral, mostram também que a maioria dos sujeitos que avalia como muito deprimido numa das aplicações tem uma probabilidade baixa, ou por vezes moderada, de voltar a estar extremamente deprimido. À excepção de um dos valores (87,8% no DSRS, um ano depois) todos os outros mostram que mais de metade dos sujeitos não se voltará a ser muito deprimido nas avaliações seguintes. É também visível, com base nos quadros, que há uma tendência marcada para o número de sujeitos que mantém muito deprimidos diminuir com a passagem do tempo. Parece interessante verificar que a avaliação efectuada através do CDS visivelmente mais restritiva no número de sujeitos que identifica como altamente deprimidos (no total, quase metade do número identificado pelo DSRS), evidencia igualmente maior transitoriedade nas classificações deste último instrumento. Uma explicação possível resulta do facto do CDS, pelo seu formato mais simples, identificar crianças mais novas e esgotarem, dado o início precoce da sua disfunção, a terem um prognóstico menos favorável. Este facto vem de encontro aos resultados, já citados, do trabalho de Kovacs e Paulaskas (1984).

A probabilidade baixa ou moderada de um sujeito continuar a estar no grupo dos muito deprimidos um, dois ou três anos após a primeira classificação nessa categoria apontava, com base nestes dados, para

visão mais situacional do que endógena deste problema. O que se passaria com aqueles que se mostravam, inicialmente, não deprimidos: numa perspectiva mais interna, seria de esperar que tivessem uma elevada probabilidade de continuarem a pertencer ao grupo dos não deprimidos; numa perspectiva mais reactiva, seria de esperar que este grupo oscilasse também nas suas auto-avaliações. Neste último caso, o facto do jovem deixar de se sentir completamente não deprimido (passando a integrar o Grupo 2, 3 ou 4) poderia confirmar, associado aos dados relativos aos muitos deprimidos que, nesta amostra de sujeitos, as manifestações depressivas seriam um fenómeno contextualmente dependente.

Fomos, por isso, analisar o padrão de estabilidade dos sujeitos não deprimidos (Grupo 1) (quadros nº 46 e 47).

Quadro nº 46: Número e percentagem de sujeitos do Grupo 1 (ausência de depressão) que se mantêm nesse grupo 1, 2 ou 3 anos depois, de acordo com a classificação dada pelo CDI

Aplicação	N inicial	1 Ano Depois		2 Anos Depois		3 Anos Depois	
1ª	7	3	42.9	3	42.9	4	87.1
2ª	36	8	13.9	3	8.3	—	—
3ª	23	12	52.2	6	26.1	—	—
4ª	27	4	14.8	—	—	—	—
N Total	93	n	%	n	%	n	%

Nota: n é o número relativo aos N sujeitos deprimidos na aplicação respectiva; % é relativa ao N inicial, da 1ª aplicação, e aos valores de n subsequentes.

Quadro n° 47: Número e percentagem de sujeitos do Grupo 1 (ausência de depressão) que mantém nesse grupo 1, 2 ou 3 anos depois, de acordo com a classificação dada pelo DSRS

Aplicação	N Inicial	1 Ano Depois		2 Anos Depois		3 Anos Depois	
		n	%	n	%	n	%
1ª	38	22	57.9	17	44.7	17	44.7
2ª	64	33	51.6	28	39.1	—	—
3ª	89	39	43.8	26	29.2	—	—
4ª	62	27	43.5	—	—	—	—
N TOT	263	n	%	n	%	n	%

Nota: n é o número relativo aos N sujeitos deprimidos na aplicação respectiva; % é relativo ao N inicial, da 1ª aplicação e aos n subsequentes

Resultados e análises relativos ao Grupo 1

Ao analisarmos estes quadros podemos constatar que a estabilidade encontrada, na globalidade dos resultados, era muito reduzida, já que um número muito elevado de sujeitos transitava, ao longo dos três anos do estudo, do Grupo 1 para qualquer outro grupo, passando de um extremo de ausência de sintomas depressivos auto-avaliados, para outras descrições mais consonantes com a tendência central da maioria dos sujeitos, (evidenciando a experiência de algumas, ligeiras, manifestações depressivas - Grupo 2) ou para avaliações como mais ou menos deprimidos (Grupo 4 ou Grupo 3). Dado que não seguimos, aqui, cada um dos sujeitos, desconhecemos quais os grupos que foram integrar após saírem do Grupo 1. O mesmo desconhecimento se manifestou junto dos sujeitos do Grupo 2, atrás estudados, facto que limitou, de alguma maneira, a interpretação

dados.

Análise global

De uma forma geral, podemos afirmar que os dados evidenciaram uma estabilidade reduzida, quer na pertença ao Grupo 4, correspondente ao extremo de depressão, quer na pertença ao Grupo 1, relativo ao extremo de não depressão. Em simultâneo, a probabilidade de manutenção no mesmo grupo classificativo mostrou diminuir com a passagem do tempo.

Numa perspectiva de depressão mais endógena, esperar-se-ia que a maioria dos sujeitos deprimidos e dos sujeitos não deprimidos assim se mantivesse ao longo do tempo. Os dados encontrados no presente trabalho não vão, no entanto, nesse sentido, indo antes ao encontro das perspectivas defensores de uma visão mais transitória, situacional e reactiva desta disfunção. Podemos interpretar que eles se mostram indicativos de que o estado auto-avaliado da depressão (mesmo quando num grau extremo de mal-estar emocional) pode ser uma condição psicológica por que passam muitas crianças e adolescentes, sem por isso se deverem considerar disfuncionais ou perturbados.

Novos objectivos

Vimos já que o tipo de análise realizada para chegar a estas conclusões não nos permitia seguir o acompanhamento dos sujeitos individuais. Havíamos efectuado uma contagem do número de sujeitos que se avaliavam como muito deprimidos em cada momento avaliativo e comparado esses valores; não sabíamos, no entanto, até que ponto a

probabilidade de estabilidade encontrada nos sujeitos deprimidos (classificados no Grupo 4), era baseada nos mesmos sujeitos, que assim mantinham ao longo do tempo.

Amostra

Estudaram-se os sujeitos da amostra longitudinal e evidenciaram, nalgum momento do estudo, resultados de auto-avaliação que os levou a serem classificados no Grupo 4, de extremo de depressão.

Instrumentos

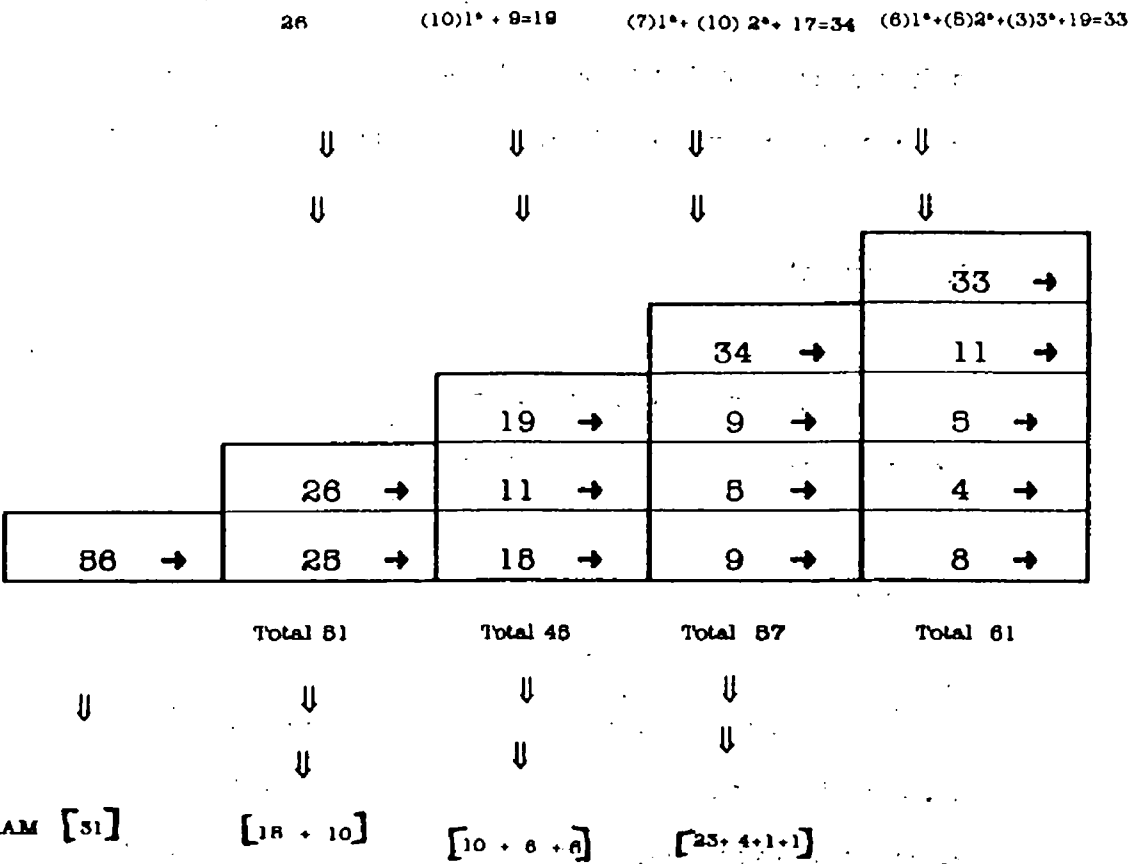
Por razões já atrás descritas, apenas se analisaram os resultados nos dois instrumentos de auto-descrição (SCDI/CDI e DSR8).

Método

Para aprofundarmos a transitoriedade da depressão e instabilidade da pertença ao grupo classificativo mais deprimido, seguiu-se para cada sujeito particular, organizamos os dados em dois fluxogramas que permitissem visualizar as entradas e saídas dos sujeitos nesse Grupo 4, quer para as classificações de deprimidos apoladas no CDI, quer no DSR8.

DSHB: Fluxograma para análise da estabilidade ou transitoriedade da pertença ao Grupo D (muito deprimidos) ao longo do tempo

ENTRARAM (JÁ HAVIAM ESTADO NO GRUPO 4 EM ANTERIORES APLICAÇÕES)



Legenda: ⇓ setas indicando o número dos sujeitos que saem do Grupo 4 em cada aplicação; → setas indicando o número de sujeitos que se mantém no Grupo 4 para o momento avaliativo seguinte;
⇓ setas sinalizando o número de sujeitos deprimidos que entra de novo em cada aplicação. Neste caso, encontra-se entre parêntesis, seguido dos símbolos 1°, 2° ou 3°, o número de sujeitos que já haviam sido classificados como deprimidos em momentos avaliativos precedentes (respectivamente, na 1°, 2° e 3° aplicações). Sem parêntesis podemos ver os sujeitos que entram de novo neste grupo classificativo e que não tinham ainda estado deprimidos em momentos anteriores.

CDI: Fluxograma para análise da estabilidade ou transitoriedade da pertença ao Grupo D (deprimidos) ao longo do tempo

ENTRARAM (JÁ HAVIAM ESTADO NO GRUPO 4 EM ANTERIORES APLICAÇÕES)

	29	(5)1° + 7=12	(2)1° + (10) 2°=12	(2)1° + (1)2° + 17=20
	↓	↓	↓	↓
	↓	↓	↓	↓
				20
			12 →	5
		12 →	3 →	2
	29 →	8 →	5 →	3
21 →	7 →	3 →	1 →	0
↓	Total 36	Total 23	Total 27	Total 30
	↓	↓	↓	
	↓	↓	↓	
SAÍRAM [14]	[21 + 14]	[9 + 3 + 2]	[7 + 1 + 2 + 1]	

Legenda: ↓ setas indicando o número dos sujeitos que saem do Grupo 4 em cada aplicação; → indicando o número de sujeitos que se mantêm no Grupo 4 para o momento avaliativo seguinte;
 ↓ setas sinalizando o número de sujeitos deprimidos que entra de novo em cada aplicação.
 caso, encontra-se entre parêntesis, seguido dos símbolos 1°, 2° ou 3°, o número de sujeitos que já ha sido classificados como deprimidos em momentos avaliativos precedentes (respectivamente, na 1° 3° aplicações). Sem parêntesis podemos ver os sujeitos que entram de novo neste grupo classifica que não tinham ainda estado deprimidos em momentos anteriores.

Resultados e análises

Através da análise desses fluxogramas podemos confirmar ser bastante baixa a probabilidade de uma criança ou adolescente, ao longo de seis meses, um, dois ou três anos, se descrever como sentindo-se **sempre** muito deprimida, apesar de parecer ser moderada a probabilidade de um sujeito classificado como bastante deprimido (Grupo 4) **voltar a ser** classificado como tal nas avaliações que se seguem.

Segundo o DSR8, só 8 sujeitos se mativeram no Grupo 4 ao longo de todo o estudo, ou seja, estiveram bastante deprimidos num período de três anos (e de acordo com 8 avaliações); segundo o CDI, nenhum sujeito manteve essa classificação durante esse período temporal. De acordo com o primeiro destes instrumentos, 9 sujeitos continuavam deprimidos dois anos depois, 15 sujeitos um ano depois e 25 seis meses depois; segundo a classificação apoiada no CDI, apenas 1 manteve a classificação de bastante deprimido num período de dois anos, três a mantiveram um ano depois e 7 a sustentaram seis meses após a primeira avaliação.

Assim, qualquer que seja o seu estatuto (deprimido ou não deprimido) o número de sujeitos que se mantém num determinado grupo de classificação é sempre muito inferior ao número de sujeitos que transita. Os deprimidos (Grupo 4, mais do que um desvio-padrão acima da média) mudam frequentemente de categoria, seja para integrarem o grupo 3 (acima da média, mas menos do que um desvio-padrão), 2 (abaixo menos do que um desvio-padrão) ou 1 (abaixo da média mais do que um desvio-padrão). O mesmo parece passar-se com os sujeitos que são classificados como não deprimidos, os quais tendem a distribuir-se por outros grupos em classificações subsequentes. Tal sugere a conclusão de que a depressão

infanto-juvenil parece ser fundamentalmente um estado, caracterizado por transitoriedade nos graus em que se manifesta, talvez influenciado por variáveis contextuais pontuais, sendo a gravidade da depressão avaliada pouco constante, no mesmo indivíduo, ao longo do tempo. Os dados apontam-nos, em concomitância, para outra conclusão: a da existência de um grupo restrito de crianças e adolescentes que se mantêm sempre muito deprimidos ao longo de um período temporal alargado, apontando a possibilidade de em certos sujeitos jovens a depressão poder ser persistente e crónica e, consequentemente, poder manter viva a hipótese da existência de vários tipos de depressão - em particular uma mais situacional e outra com determinação mais interna ou estrutural.

ESTUDO 3

CARACTERIZAÇÃO DIFERENCIAL DOS DEPRIMIDOS E DOS NÃO DEPRIMIDOS

3.1. A depressão e as variáveis demográficas

A este sub-capítulo presidiu o interesse em analisar se o conjunto de variáveis demográficas estudadas permitiam diferenciar entre o grupo dos deprimidos (Grupo 4) e o dos não deprimidos (Grupo 1). Interessava caracterizar cada grupo de sujeitos em função de um conjunto de variáveis pessoais, familiares e escolares que nos auxiliassem na compreensão do problema.

Amostra

Neste estudo estiveram envolvidos todos os sujeitos da amostra global que, em cada aplicação, se definiram ou foram definidos como pertencendo ao Grupo 1 e ao Grupo 4. Podemos ver, no quadro nº 48, a percentagem de sujeitos nos dois grupos, em cada aplicação, para que tenhamos presente o tamanho da amostra envolvida em cada grupo de classificação nestas análises.

Quadro n.º 46: Percentagem de sujeitos nos dois grupos de classificação extremos (Grupo não-depressão, Grupo 4: depressão), em cada uma das cinco aplicações

APLICAÇÃO	1.º		2.º		3.º		4.º		5.º	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GRUPO 1	271	12.27	829	23.95	92	4.16	76	3.44	68	2.9
GRUPO 4	224	10.14	49	2.22	118	6.34	233	10.66	204	9.5

Instrumentos

Para esta análise contribuíram os dados recolhidos por instrumentos de auto-avaliação (SCDI/CDI e DSRB) e os resultados de avaliação realizada pelos colegas através do PNID.¹⁹⁶ Lembremos que para este estudo, foi criada uma classificação de "caso depressivo" e "caso não depressivo" unificando as medidas de auto-avaliação da depressão (página 503). A recolha de dados relativa às variáveis demográficas fez-se com base no ISFE.

Método

A tentativa de caracterização de cada um dos grupos, com base no sexo, em viver ou não com ambos os pais, no número de irmãos (variáveis relativas ao sujeito e ao contexto familiar), no ano de escolaridade e colégio em que se encontrava, em ser ou não novo na escola e em ter ou não reprovado (variáveis relativas ao contexto escolar), apoiada num modelo de regressão logística (método da máxima verossimilhança) dada a natureza nominal e dicotómica das variáveis.

¹⁹⁶ Foi tentada a concretização de uma análise de regressão logística com os dados provenientes do questionário aos professores, mas não foi possível pô-la em prática dado que a dimensão reduzida da amostra (35 sujeitos) tornava a variabilidade das variáveis também diminuta e não permitia estudar a sua relação.

Consideramos assim como variáveis independentes as atrás nomeadas e como variáveis dependentes o Grupo 4 e o Grupo 1, relativos aos níveis de depressão e de não depressão.

Para facilitar a apresentação e a análise dos dados, separamos os resultados obtidos através dos instrumentos de auto-descrição do de avaliação pelos colegas.

3.1.1. Caracterização com base na auto-avaliação

Resultados e análises

Os resultados obtidos encontram-se no quadro nº 49, que se segue.

Quadro nº49: Regressão logística: Depressão auto-avaliada (integrando num único valor a média do DSR8 mais a média do SCDI/ CDI) e variáveis demográficas

VARIÁVEIS PESSOAIS E FAMILIARES							VARIÁVEIS DO CONTEXTO ESCOLAR						
APLIC.	SEXO	IRMÃOS	PAIS	X	df	p	COLÉGIO	ANO	NOVO	REPROV.	X	df	p
1*	-.866*	.092	.188	9.88	3	.02	-37.81*	.200	.174	.407	295.68	4	0.00
2*	-.676*	.840*	.270	4.81	3	.40	-2.03*	.484	-18.46*	.33	16.88	4	.002
3*	-1.03*	-.139	.886*	8.66	3	.034	-3.4*	1.04*	11.49*	.728*	41.92	4	0.000
4*	-1.42*	-.066	-.219	10.74	3	.01	-2.43*	.123	-2.41*	1.14*	21.06	4	0.000
5*	-1.64*	-.123	.100	8.88	3	.15	-2.66*	.378	2.66*	.329	12.87	4	.01

Nota: Pela mesma ordem com que se encontram no quadro, as variáveis são: sexo F/M, nº de irmãos, viver ou não viver com ambos os pais, pertença ao colégio A ou V, ano de escolaridade, ser novo no colégio, ter reprovado.

Estão assinalados com *os valores superiores a |.50|.

Os dados do quadro anterior evidenciam que associações que mostram significativas, de forma sistemática, em todas as aplicações envolvem as variáveis "sexo" e "colégio" e que a variável "ser novo na escola" mostra resultados significativos em todas as aplicações, à excepção da 1ª. Na variável "reprovação" surgem significativas as associações em duas das aplicações (3ª e 4ª), mas não nas restantes três. Verifica-se, portanto, que as variáveis relacionadas com a actividade escolar parecem discriminar mais consistentemente os sujeitos deprimidos dos não deprimidos, quando comparadas com as restantes. Entre elas, o colégio em que os sujeitos se encontram e o ser ou não novo na escola são as variáveis que mais ajudam a prever o estado de depressão dos sujeitos. O presente estudo encontrado demonstra que os sujeitos do colégio A se mostram mais deprimidos do que os do colégio V e que os sujeitos que são novos na escola estão mais deprimidos que os sujeitos que já se lá encontram há algum tempo. A reprovação escolar parece também, nalguns casos, poder discriminar os dois grupos de depressão e não depressão, com aqueles que reprovam a mostrarem-se mais deprimidos.

De entre as variáveis pessoais e familiares, o sexo é a única que permite diferenciar os sujeitos, estando as raparigas consistentemente mais deprimidas ou seja, pertencendo mais frequentemente que os rapazes ao grupo 4.

Para aprofundar a importância da relação destas variáveis com a caracterização dos deprimidos, em contraste com os não deprimidos, com o objectivo de fornecer índices de associação comparáveis com

literatura, foram efectuadas correlações, utilizando o coeficiente de Pearson. O quadro seguinte (nº 50) apresenta-nos os coeficientes de correlação entre as variáveis "ser novo na escola", "pertença a colégio" e "sexo" e a classificação nos dois grupos extremos de depressão e de não depressão: Grupo 4 e Grupo 1. A escolha destas variáveis baseou-se no facto delas se terem mostrado significativas em todas ou na larga maioria das réplicas das análises de regressão logística atrás realizadas.

Quadro nº 50: Correlação entre as variáveis "ser novo na escola", "pertença a colégio" e "sexo" e a classificação em Grupo 4 de depressão ou Grupo 1 de não-depressão

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
Variáveis	Aplicação	Aplicação	Aplicação	Aplicação	Aplicação
Ser novo na escola	-.06	.06	.12	-.17*	.09
Pertença a colégio	-.71*	-.08	-.17**	-.08	-.06
Sexo	-.14*	-.04	-.19*	-.18*	-.07

* p = 0.00

** p = 0.01

Verifica-se que, de novo, a existência de várias réplicas da mesma análise, baseadas nas cinco aplicações dos instrumentos concretizadas, complexifica a análise dos resultados, pelo facto de haver variabilidade nos resultados encontrados para diferentes réplicas. A variável "sexo" mostra uma associação mais consistente. No geral, é visível que as correlações encontradas são, em todos os casos, sempre muito fracas, mostrando que apesar destas variáveis diferenciarem entre os deprimidos e os não deprimidos, a associação é ténue.

3.1.3. Caracterização com base na avaliação pelos colegas

Tal como havia sido feito com os instrumentos de auto-avaliação, conceberam-se dois modelos de regressão logística para estudar diferencialmente os sujeitos do Grupo 4 e do Grupo 1, de acordo com o conjunto de variáveis pessoais, familiares e escolares. Os resultados encontram-se no quadro nº 51.

Quadro nº 51: Depressão avaliada pelos colegas (PNID) e variáveis demográficas: regressão logística

VARIÁVEIS PESSOAIS E FAMILIARES							VARIÁVEIS DO CONTEXTO ESCOLAR					
APLIC.	SEXO	IRMÃOS	PAIS	X	df	p	COLÉGIO	ANO	NOVO	REPROV.	X	df
1*	-.33	.00	.09	2.89	3	.40	-.90*	-.34	.16	.61*	44.96	4
2*	-.47	-.03	-.66*	10.09	3	.02	.70*	-.31	.81*	.21	28.18	4
3*	-.87*	-.78*	-.084	14.098	3	.002	1.87*	-.24	-1.48*	-.72*	31.93	4
4*	-.38	.29	.01	3.74	3	.29	-1.03*	.04	-1.02*	.64*	10.48	4
5*	-.12	-.20	-.26	8.84	3	.14	.74*	.82*	-.24	.11	85.72	4

Nota: Pela mesma ordem com que se encontram no quadro, as variáveis são: sexo F/M, nº de filhos a viver ou não viver com ambos os pais, pertença ao colégio A ou V, ano de escolaridade, ser ou não colégio, ter reprovado.

Estão assinalados os valores superiores a |.80|.

Os valores assinalados no quadro anterior mostram-nos, pela sua magnitude, a importância das variáveis "colégio", "novo na escola" e, de novo de forma não consistente, da "reprovação". De novo, apenas as variáveis relacionadas com o contexto escolar permitem distinguir entre os sujeitos que são avaliados pelos colegas como deprimidos e como não deprimidos.

Curiosamente, os sujeitos que são novos na escola tendem a ser percebidos como menos deprimidos, contrariamente ao que acontecia na auto-avaliação. Dada a cotação do presente instrumento envolver escolhas nominais, é possível que, por menos conhecidos, os meninos novos sejam menos nomeados, ou numa outra hipótese, é possível, que, numa tentativa de se integrarem no novo grupo e serem aceites, externalizem mais comportamentos de alegria, simpatia, etc.

3.8. Análise do poder discriminativo dos itens das diferentes escalas caracterização dos deprimidos e dos não deprimidos

Este estudo particular teve o objectivo de analisar o tipo de respostas escolhidas pelos jovens deprimidos e não deprimidos e a possível diferenciação em termos de conteúdos sintomáticos. Ao longo da revisão da literatura efectuada, em particular no ponto 1 do capítulo 1, foi-nos dado perceber como este é um dos temas em debate no domínio da depressão do infante-juvenil, dado se desconhecer se os comportamentos típicos da depressão adulta são igualmente aqueles que definem a depressão nos jovens. Tem sido posta em dúvida, em particular, a possibilidade de crianças e jovens deprimidos evidenciarem certos sintomas cognitivos e demonstrarem comportamentos específicos associados às vivências próprias à sua experiência de vida (alterações a nível do rendimento escolar, relações com colegas, etc.). Apesar da análise que aqui agora se efectua não poder ser muito conclusiva pelas limitações impostas, à partida, pelos dados e metodologias em que se apoia, poderá trazer-nos sugestões que possam contribuir para a esta temática.

Amostra

Foram tidos em conta neste estudo os dados recolhidos junto da amostra total.

Instrumentos

Utilizaram-se as respostas a todos os itens do SCIDI, do CDI, do DSRS e do PNID.

Método

Analisaram-se os resultados das correlações dos vários itens com o total de cada escala e, conseqüentemente, o peso de cada um para os factores de depressão e de não depressão encontrados. Foram feitas várias réplicas dessas análises, de acordo com as diversas aplicações de cada instrumento (duas para o SCDI, três para o CDI e cinco para os restantes instrumentos). Apresentam-se, de seguida, os resultados para cada um das escalas.

Resultados e análises

SCDI

O quadro nº 82, que se segue, apresenta-nos os valores das correlações item-escala total encontradas para a versão reduzida do CDI.

Quadro n.º 82: SCDI: Correlações entre cada item e o total da escala, nas duas aplicações
instrumento

Item n.º (na opção correspondente a depressão mais grave)	1.ª Aplicação	2.ª Aplicação
1- "Desde há uns tempos que todas as noites me custa muito a adormecer, acordo durante a noite e tenho sonhos desagradáveis"	.3423	.3423
2- "Nos últimos tempos não tenho apetite nenhum"	.3238	.3238
3- "Agora já nem me irrita com as coisas que dantes me irritavam"	.1746	.1746
4- "Agora nunca sinto vontade de estar com as outras pessoas"	.4038	.4038
5- "Acho que faço tudo mal e que sou pior que as outras pessoas"	.6173	.6173
6- "Sinto-me tão cansado que não consigo fazer nada"	.3808	.3808
7- "Não consigo fazer os trabalhos da escola, não consigo trabalhar"	.4043	.4043
8- "Sinto-me tão triste e infeliz que não consigo aguentar"	.6078	.6078
9- "Não tenho amigos nenhuns e queria muito ter"	.4856	.4857
10- "Agora ando sempre a chorar, parece que não consigo parar"	.5012	.5012
11- "Acho que ninguém gosta realmente de mim"	.5075	.5075
12- "Tudo o que faço e me acontece me aborrece e me chateia muito"	.5761	.5761
13- "Sinto-me muito sózinho"	.6064	.6064

14-"Tenho a certeza que o meu futuro vai ser horrível e que as coisas vão ser todas más."	.3614	.3614
15-"Nunca faço o que me pedem ou mandam"	.3220	.3220
16-"Acho-me muito feio e com um aspecto horrível"	.4524	.4524
17-"Detesto-me"	.5364	.5364
18-"Estou tão assustado com a minha saúde que não consigo pensar em mais nada"	.3178	.3178
19-"Acho que sou culpado de todas as coisas más que me aconteçam"	.3425	.3425

Como podemos ver no quadro anterior, os itens que mais se destacam, consistentemente, nas duas medições, pelo facto de apresentarem valores elevados nas com o total da escala são os nº 5, 8, 10, 11, 12, 13 e 17. Estes itens correspondem, respectivamente, a sentimentos de auto-desvalorização, tristeza, vontade de chorar, acreditar que os outros não gostam dele/a, sentir-se aborrecido/a com tudo, sentir-se só e não gostar de si próprio.

Existem, também, alguns itens que mostram uma relação fraca com a totalidade da escala, destacando-se, em particular, o item nº 3, com um valor muito baixo ($r=-.1746$ e $r=-.1466$), podendo os sujeitos responder a este item independentemente de estarem ou não deprimidos. Este facto está presente nas duas aplicações deste instrumento.

Estes dados apontam assim, para que neste instrumento, sobressaíam como melhores caracterizadores dos depressivos os conteúdos

sintomáticos ligados a sentimentos de disforia, ausência de prazer actividades, baixa auto-imagem e inadequação social (solidão, crença não ser amado).

CDI

O mesmo tipo de análise foi realizada com o CDI. Os valores encontrados estão evidentes no quadro seguinte.

Quadro nº53: CDI: correlações dos itens com o total da escala nas três aplicações

Instrumento

Itens*	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação
1- "Sinto-me sempre triste"	.8094	.4809	.8796
2- "Nunca nada me vai correr bem"	.8281	.8506	.8637
3- "Faço tudo mal"	.4372	.8011	.8489
4- "Nada me dá alegria"	.4118	.4629	.8278
5- "Sou quase sempre mau"	.3689	.3062	.3976
6- "Estou sempre a pensar que me vão acontecer coisas terríveis"	.3711	.4562	.4881
7- "Detesto-me"	.8719	.8278	.8012
8- "Todas as coisas más são minha culpa"	.3062	.3393	.3985
9- "Quero matar-me"	.3803	.8092	.8107
10- "Todos os dias tenho vontade de chorar"	.8796	.8386	.8841
11- "Tudo me aborrece imenso"	.8207	.8411	.8104
12- "Nunca quero estar com as pessoas"	.3630	.4098	.8781

13-"Nunca consigo tomar decisões"	.4386	.4789	.5352
14-"Sou feio e tenho mau aspecto"	.5393	.4837	.5358
15-"Tenho sempre que me esforçar muito para fazer os trabalhos da escola"	.3628	.3827	.4078
16-"Todas as noites me custa muito a dormir"	.3382	.3691	.3840
17-"Sinto-me sempre cansado"	.4409	.4626	.4795
18-"Nunca me apetece comer"	.3448	.2878	.2312
19-"Ando sempre terrivelmente preocupado com a minha saúde"	.0499	.0447	.0603
20-"Sinto-me sempre muito só"	.4871	.5502	.6105
21-"Nunca me divirto na escola"	.5628	.4790	.5630
22-"Não tenho amigos nenhuns"	.4157	.4234	.5860
23-"Tenho notas muito más"	.3292	.3149	.4004
24-"Nunca vou conseguir ser tão bom como os outros"	.5404	.4986	.4727
25-"Tenho a certeza que ninguém gosta de mim"	.5557	.5294	.5648
26-"Nunca faço o que me dizem"	.1847	.2451	.2087
27-"Ando sempre em brigas"	.3885	.3816	.5408

Nota: A formulação dos itens surge na opção correspondente a depressão mais grave.

Destacam-se, pelos valores mais elevados demonstrados, os itens nº 1, 2, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 20, 21, 24 e 25. Os itens 3, 4, 6 e 17 seguem-se a estes, demonstrando também alguma importância na discriminação entre deprimidos e não deprimidos. A sua análise

particularizada permite detectar a saliência de tristeza, desânimo e recuo quanto ao futuro, auto-desvalorização, baixa auto-imagem e descrença em suas competências e qualidades, desejos suicidas, choro, cansaço, incapacidade em se divertir e se alegrar, desejos de isolamento associados a sentimentos de solidão e dificuldade em tomar decisões.

O item 19 (que no extremo depressivo, está formulado como "Preocupo-me com a minha saúde"), apresenta valores negativos, não correlacionando com o total em nenhuma das aplicações ($r = -.05$ na 1ª aplicação, $r = -.04$ na 4ª Aplicação e $r = -.06$ na 5ª Aplicação). Apesar de um desvio padrão situado entre .7157 e .7944 e não serve para discriminar os sujeitos, já que aumenta a variabilidade associada à escala, ainda afete pouco o Alfa de Cronbach. Assim, os sujeitos respondem de forma semelhante e normativa a este item, independentemente de estarem ou não deprimidos.

Neste mesmo instrumento, o item 26 (que no extremo não depressivo surge como "Faço sempre o que me dizem") demonstra, igualmente, uma baixa correlação com o total ($r = .15$ na 3ª aplicação, $r = .18$ na 4ª Aplicação e $r = .21$ na 5ª Aplicação). A preocupação com a saúde e a desobediência não servem, assim, para discriminar entre deprimidos e não deprimidos.

DSRS

O quadro nº 54 informa-nos sobre os resultados encontrados nas correlações entre cada item e o total da escala, nas cinco aplicações do instrumento.

Quadro n°54: DSRS: Correlações itens-resultado total nas cinco aplicações

Itens	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação
1- "Durmo muito bem"	.1757	.3677	.2987	.3493	.3780
2 -"Quando olho à minha volta acho que o mundo tem mais coisas desagradáveis que agradáveis"	.1721	.2154	.1417	.2575	.2387
3-"Sinto vontade de chorar"	.3225	.4001	.3971	.4071	.3818
4-"Imagino o que me vai acontecer com tanto prazer como antigamente"	.1925	.2361	.2806	.3185	.3012
5-"Sinto vontade de fugir"	.3708	.4052	.3797	.4421	.4149
6-"Tenho dores de estômago"	.2318	.2665	.2790	.2051	.3039
7-"Tenho muita energia"	.2475	.2746	.3414	.3472	.3486

8-"Sei que o meu futuro vai ser bom"	.1261	.1173	.1284	.2478	.2139
9-"Como com prazer"	.2136	.3074	.2286	.2616	.2053
10-"Penso que a vida não vale a pena"	.2907	.3503	.4422	.4422	.4724
11-"Consigo resolver sozinho os meus problemas"	.2123	.2601	.2799	.2990	.3864
12-"As coisas que faço dão-me tanto prazer como antigamente"	.3213	.3586	.4635	.4306	.4461
13-"Gosto de conversar com a minha família"	.2035	.2676	.2087	.2903	.3683
14-"Tenho sonhos horríveis"	.2466	.3518	.3912	.3093	.3833
15-"Sinto-me muito sozinho"	.4123	.4652	.4646	.5379	.5100

16-"Quando estou"em baixo" consigo facilmente animar-me e ficar satisfeito"*	.3591	.4056	.4171	.4064	.4234
17-"Sinto-me tão triste que acho que não vou aguentar"	.4229	.5322	.5186	.5424	.5230
18-"Sou bom naquilo que faço"*	.2748	.2082	.3761	.2834	.3798
19-"Sinto-me muito aborrecido"	.4197	.4746	.4594	.4483	.5380
20-"Gosto de me divertir"*	.2447	.2801	.1763	.3239	.4080
21-"Acho que não vale a pena tentar obter qualquer coisa que quero porque provavelmente não vou conseguir"	.1817	.1976	.1756	.2344	.2026

22-"Estou sempre "na lua" e não me consigo concentrar"	.2888	.2867	.3358	.2950	.3148
23-"Fico aborrecido e zangado com muita facilidade"	.2888	.4061	.4197	.3827	.4254

Nota: Encontram-se assinalados com * os itens cuja cotação é invertida; todos os outros na formulação correspondente ao maior nível de gravidade.

Pela análise do quadro anterior verifica-se que os itens nº 3, 10, 12, 13, 16, 17 e 19 se mostram sempre mais correlacionados com o total. Estes itens denotam, mais uma vez, o valor do choro, da tristeza intensa, da ausência de prazer (quer vivida no momento actual, quer antecipada no futuro), da desesperança e desânimo quanto à vida e ao modo de viver, dos sentimentos de solidão e da auto-imagem incompetente e auto-descrição dos deprimidos e, consequentemente, nas suas experiências depressivas.

PNID

De novo se apresentam os valores das correlações de cada item da escala com o seu total, nas diversas aplicações, de forma a estudar o poder discriminativo de cada um para diferenciar entre depressão e não depressão. Vejamos os quadros nº 55 e 56, que apresentam respectivamente, os valores relativos à subescala de depressão

subescala de não depressão.

Quadro n°55: PNID: correlações de cada item da subescala de Depressão com o seu total, em cada uma das aplicações

Item	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação
1-Quem costuma brincar sózinho	.4972	.5761	.5667	.6694	.6648
2-Quem é que desiste facilmente quando perde ou não consegue fazer bem alguma coisa	.3486	.3181	.3920	.3601	.2859
3-Quem é que às vezes adormece durante as aulas	.1864	.1339	.3632	.0878	.2020
4-Quem costuma dizer que não se sente bem	.6865	.6657	.6121	.7405	.7072
5-Quem costuma parecer só e sem amigos	.2504	.2327	.3089	.2284	.1781
6-Quem diz que não consegue fazer as coisas	.3783	.3178	.4100	.3684	.4066
7-Quem costuma chorar	.4067	.3856	.4043	.2885	.2787

10-Quem se preocupa muito com tudo	.0748	.0774	.2858	.1099	.128
11-Quem é que não brinca	.5281	.6012	.5771	.6344	.601
13-Quem não costuma participar nas coisas	.5779	.5728	.6706	.6347	.558
14-Quem não se diverte muito	.6423	.6544	.6591	.7225	.736
16-Quem pensa que os outros não gostam dele	.5410	.6008	.5574	.6629	.585
17-Quem costuma parecer triste	.6514	.6858	.6548	.7460	.686

Quadro n°86: PNID: correlações de cada item da subescala de não-depressão com o seu total, nas cinco aplicações

Item	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação
8-Quem costuma parecer feliz	.8780	.9173	.9635	.8222	.8222
9-Quem gosta de participar em muitas coisas	.6703	.8289	.9317	.7892	.7383
12-Quem sorri muitas vezes	.7219	.7840	.9101	.8432	.8088
15-Quem costuma parecer contente	.8785	.8947	.9558	.8687	.7884
18-Quem é que gostavas de ter sentado ao teu lado na aula	.2584	.1776	.4316	.4212	.2888

19-Quem gostavas de ter como teus melhores amigos	.5809	.6120	.8446	.5910	.4993
--	-------	-------	-------	-------	-------

Verifica-se que os itens nº 1, 4, 7, 11, 13, 14, 16 e 17 e aqueles que possuem maior correlação com o resultado total da subescala de depressão. Salientam, por isso, a importância do não brincar, brincar sózinho ou não participar nas actividades, de não se divertir, estar triste, chorar, dizer que não se sente bem e achar que não gostam dele, como aspectos discriminativos entre as crianças e adolescentes deprimidos e não deprimidos, segundo a perspectiva dos colegas. Quanto aos itens 3 e 10 demonstram relações mais fracas com o total dessa escala, salientam-se os itens nº 3 e 10. Este último provoca, também, uma baixa na sua precisão, por exemplo, no caso mais flagrante relativo à 1ª aplicação, o alfa subiu de .7776 para .8132 se este item fosse eliminado].

Na subescala de não-depressão, os itens 8, 9, 12 e 15 mostram elevadas correlações com o total, apontando a relevância do parecer feliz, sorrir e participar nas actividades para ser visto pelos colegas como não-deprimido. Os itens nº 18 e 19, em particular o nº 18, ambos da escala de não-depressão, cujos conteúdos se assemelham a itens de escala sociométricas, mostram-se menos relacionados com o total, mas não suficiente para levarem à emergência de um factor de não-depressão.

independente. As suas correlações evidenciam-se sempre mais baixas, mas apresentam consistentemente uma forte associação com os outros itens de não-depressão. Tais factos poderão apontar para uma certa independência entre a não-depressão e as razões que levam uma criança a ser escolhida como melhor amigo ou como companheiro de carteira (pode, por exemplo, ser escolhido para companheiro por ser bom aluno e não por ser feliz, sorridente e activo, ou ser escolhido para melhor amigo por ser o líder do grupo ou a criança que leva para a escola brinquedos mais originais - e não por der bem-disposto e emanar emoções positivas).

No geral, as análises aqui apresentadas e discutidas apontam para uma grande semelhança nos sintomas que discriminam entre os deprimidos e os não deprimidos. Entre os vários instrumentos estudados, evidenciam-se comportamentos comuns, na área emocional e cognitiva, relacionados com os aspectos centrais da definição da depressão em qualquer idade. Em simultâneo, há evidência da importância das percepções e relações sociais no processo depressivo. Salientamos, em particular, que as cognições e sentimentos de desesperança quanto ao futuro, são um dos sintomas patentes nos instrumentos de auto-descrição, confirmando, de novo, a existência e possibilidade deste tipo de experiência interna nas crianças e adolescentes deprimidos. Os sentimentos de tristeza (e os comportamentos a ela associados, como o choro), a incapacidade em se divertir, a desvalorização e a baixa auto-imagem estão patentes como factores discriminantes em todos os instrumentos.

ESTUDO 4

ESTUDO DE VARIÁVEIS DE RISCO: O SEXO E A REPROVAÇÃO ESCOLAR

4.1. Estudo da variável "sexo"

No estudo de caracterização diferencial, anteriormente apresentado, foi-nos dado a perceber que o sexo era uma variável com poder para discriminar entre deprimidos e não deprimidos, ainda que esse poder fosse fraco. Na literatura empírica sob depressão nas crianças e adolescentes, são contraditórias as informações quanto à existência de diferenças entre os depressivos em termos de sexo. Existem alguns dados, como vimos no capítulo da epidemiologia, sobre diferenças sexuais e diferenças de incidência e de gravidade, mas nem sempre são concordantes. De forma menos frequente, foi estudada a possibilidade deles se discriminarem em termos sintomáticos e vimos como os poucos dados existentes referem a possibilidade de sintomas mais interiorizados nas raparigas depressivas (a nível vegetativo, por exemplo) e mais exteriorizados nos rapazes (ao apresentarem, como exemplo, mais comportamentos de agressão ou violência).

No presente trabalho, fomos estudar mais aprofundadamente a variável "sexo", para perceber como o seu valor discriminante poderia diferenciar os jovens deprimidos portugueses.

Amostra

Esta análise foi apoiada na amostra global dos sujeitos avaliada ao longo de todas as aplicações nos instrumentos de auto-descrição.

Instrumentos

Os estudos realizados centraram-se nas duas medidas de auto-avaliação (CDI e DSRS). Dado o facto dos itens do SCDI apresentarem algumas diferenças em relação aos dos CDI e porque, nesta análise particular, valorizávamos os aspectos mais qualitativos e de conteúdo envolvidos nas escalas, preferimos centrar este estudo apenas sobre o instrumento no seu formato mais completo, integrando 27 itens.

Método

Dada a natureza contínua das variáveis independentes, foi realizada uma análise discriminante, com o objectivo de perceber se o sexo se encontrava associada a uma forma particular de "estar deprimido". Realizou-se, também, uma análise *stepwise* da função discriminante, com o objectivo de perceber quais os itens com maior poder discriminativo dos grupos sexuais. O mesmo acontece com o SCDI, onde as correlações com o total da escala se analisam em termos do peso para o factor de depressão encontrado. As análises *stepwise* da função discriminante, permitindo através da ordenação dos itens, definir o grau de importância da variável na discriminação dos Grupos 4 e 1, foram apenas feitas com o CDI e com o DSRS, já que valorizávamos mais estes instrumentos pela sua importância e uso mais frequente na literatura.

Para facilitar a apresentação e a interpretação dos dados

independentizamos a análise do CDI e do DSR8.

4.1.1. CDI e sexo dos sujeitos

Resultados e análise

A análise discriminante demonstrou os seguintes resultados: 3ª aplicação, $F(17, 796)=6.71, p<.000$; Wilks'Lambda = .8747; 4ª aplicação, $F(13,1281)=9.41, p<.000$; Wilks'Lambda = .9109; 5ª aplicação. $F(19, 587)=9.62, p<.000$, Wilks'Lambda =.7623. A sua análise sugere diferenças significativas entre os rapazes e as e as raparigas relativamente ao conjunto global das respostas aos itens do CDI, em todas as aplicações.

Em seguida efectuou-se a análise *stepwise* da função discriminante, já referida. Os seus resultados encontram-se no quadro nº 57.

Quadro nº57:CDI: correlações estruturais com base na análise *stepwise* da função discriminante

ITENS	3ª APLICAÇÃO	4ª APLICAÇÃO	5ª APLICAÇÃO
7	-.4239	-.333101 (5ª)	-.057118 (18ª)
27	.2721	.396356 (2ª)	.455285 (1ª)
18	-.3919	-.332074 (3ª)	-.171628 (6ª)
22	-.2655	-.284279 (7ª)	_____
8	.1635	.201305 (12ª)	_____
10	-.3886	-.502221 (1ª)	-.279136 (2ª)
11	.0116	.035495 (10ª)	.133115 (17ª)

9	.6694	.089082 (8°)	.287557 (4°)
19	.1381	.070831 (13°)	.077829 (9°)
23	.1472	_____	.184238 (10°)
3	-.1602	_____	-.074670 (11°)
18	-.0012	_____	_____
8	.0564	.219859 (4°)	.183867 (8°)
14	_____	-.271586 (11°)	-.136978 (3°)
15	_____	.194376 (6°)	.105246 (17°)
20	_____	_____	-.087449 (7°)
6	_____	_____	.122504 (6°)
2	_____	.268661 (9°)	.069627 (16°)

Nota: a ordenação apresentada para os itens corresponde aquela que surgiu para a aplicação; nas restantes aplicações encontra-se assinalado entre parentesis o número da ordem pelo qual o item surgiu após a análise. Os valores negativos elevados correspondem às escolhas feitas pelas raparigas e os positivos discriminam o sexo masculino.

Podemos verificar que nas três réplicas da análise *stepwise* a função discriminante encontramos consonância naqueles itens que surgiram como mais discriminativos, mas alguma inconstância na sua ordenação. Sobressaem, com resultados mais elevados nas raparigas, os itens nº 18, 10, 22, 3 e 14. Em contrapartida, os itens 27, 11, 9, 19, 8, 5, 23 e 15 apresentam valores mais elevados nos rapazes. Os restantes itens surgem numa das aplicações como discriminativos, mas não noutra.

Considerando a análise dos conteúdos dos itens em causa, podemos verificar que nas raparigas os sintomas que aparecem como discriminantes são o chorar, a baixa auto-imagem e desvalorização pessoal e o desagrado sobre si própria, ter problemas de alimentação e não

8	.040695	_____	-.070085 (12°)	_____	_____
4	.127807	_____	_____	-.119990 (16°)	_____
23	.070968	.048989 (12°)	.101681 (6°)	.021458 (11°)	.008808 (10°)
20	.100887	.084022 (8°)	.038078 (8°)	.203238 (4°)	.223348 (6°)
17	-.197542	_____	-.262944 (9°)	_____	-.222285 (7°)
18	-.036916	-.210908 (10°)	-.273993 (8°)	-.317529 (7°)	-.213971 (11°)
13	-.103681	_____	-.182283 (13°)	-.075599 (13°)	_____
9	-.173089	-.321210 (7°)	-.409428 (4°)	-.240596 (8°)	-.358052 (4°)
1	_____	.090431 (5°)	_____	.060203 (9°)	.116097 (9°)
21	_____	.082329 (9°)	.120276 (7°)	_____	_____
2	_____	_____	.114013 (10°)	.308979 (2°)	.374987 (2°)
10	_____	_____	.062143 (14°)	_____	-.049911 (13°)
6	_____	_____	_____	-.299073 (5°)	-.261808 (8°)
16	_____	_____	_____	-.291828 (10°)	_____
14	_____	-.143494 (11°)	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	.078862 (12°)

Nota: a ordenação apresentada para os itens corresponde aquela que surgiu para a 1ª aplicação; nas restantes aplicações encontra-se assinalado entre parenteses o número de ordem pelo qual o item surgiu após a análise. Os valores negativos elevados correspondem às escolhas feitas pelas raparigas e os positivos discriminam o sexo masculino.

Também aqui existe consonância num largo conjunto dos itens discriminantes das cinco réplicas, mas pouca coincidência na ordenação daqueles que se mostram com um poder mais discriminante. Os itens 3, 7, 9, 15, 17, 18, 20 e 23 surgem, em todas as observações, em lugar de relevo, sendo seguidos, na maioria das aplicações, mas não em todas, pelos itens 1, 2 e 13. De todos eles, as raparigas têm notas mais elevadas nos itens nº 3, 7, 18, 13, 15, 17 e 9, tendo os rapazes notas mais elevadas nos

amigos. Em contrapartida, nos rapazes salientam-se os problemas escolares (dificuldades no trabalho, insucesso), a intenção e desejo suicida, a auto-culpabilização pelas coisas negativas, a consideração de que é mau, a preocupação com a saúde e o envolvimento frequente em brigas.

4.1.2. DSRS e sexo dos sujeitos

Os resultados encontrados com o DSRS foram os seguintes: 1ª aplicação, $F(16, 1192)=8.38$, $p<.000$, Wilks'Lambda=.8992; 2ª aplicação, $F(12, 1127)=10.27$, $p<.000$, Wilks'Lambda=.9013; 3ª aplicação, $F(14, 790)=6.70$, $P<.000$, Wilks'Lambda=.8937; 4ª aplicação, $F(18, 1264)=6.78$, $p<.000$, Wilks'Lambda=.9258; 5ª aplicação, $F(13, 981)=9.8732$, $p<.000$, Wilks'Lambda=.8874. Podemos concluir destes dados que, tal como no CDI, as raparigas e os rapazes diferiram nas respostas aos itens desta escala, em todas as aplicações. Vejamos os valores encontrados na análise *stepwise* (Quadro nº88).

Quadro nº88: Correlação de cada item com a função discriminante de cada uma das 5 aplicações do DSRS

ITEM *	1ª APLICAÇÃO	2ª APLICAÇÃO	3ª APLICAÇÃO	4ª APLICAÇÃO	5ª APLIC
3	-.615924	-.626286 (1ª)	-.414969 (2ª)	-.537813 (1ª)	-.841700
7	-.448686	-.521759 (2ª)	-.397688 (11ª)	-.389188 (3ª)	-.37498
22	.171355	.429749 (4ª)	.220940 (3ª)	.018786 (14ª)	_____
18	-.390796	-.111327 (3ª)	-.480179 (1ª)	-.366679 (6ª)	-.325946
11	-.323754	-.344229 (6ª)	_____	_____	_____

itens 1, 2, 20, 22, 23.

A análise dos conteúdos das questões correspondentes permite-nos afirmar que as raparigas se diferenciam com base no choro, na falta de energia, nos sentimentos de tristeza intensos e de solidão, nas dificuldades alimentares e na descrença nas suas próprias potencialidades. A importância dada à família surge como o último sintoma em que as raparigas apresentam valores mais elevados. Quanto aos rapazes, o zangar-se com facilidade, o acreditar que o mundo é mais negativo que positivo, a falta de concentração, as dificuldades a nível do sono e a importância dada ao facto de se divertir são os aspectos que se salientam.

Uma reflexão conjunta sobre os resultados da análise discriminante realizada com os dois instrumentos de auto-relato evidencia muitas coincidências nos comportamentos que diferenciam os dois sexos. Sintomas relacionando com a expressão emocional mais interiorizada, com a ausência de relações sociais, auto-imagem negativa e desvalorização marcam, a par das dificuldades alimentares, as particularidades comuns no sexo feminino. No sexo masculino, as preocupações quanto ao futuro, os comportamentos sociais agressivos, o aborrecimento ou dificuldade em se divertir e as dificuldades escolares aparecem como os aspectos que partilhados por ambos os instrumentos.

4.2. Estudo da variável "reprovação escolar"

Vimos já que a reprovação escolar, como potencial situação de transição difícil, se encontra frequentemente associada ao denegrir na auto-imagem, à crítica e à punição por parte dos outros significativos e à alteração nas relações sociais, em particular, no contacto com os colegas (leva à perda de um grupo de companheiros e à integração num novo grupo). Assim, pode ser vivida como uma situação de grande *stress* e os seus efeitos, apesar de não muito estudados na associação com a depressão, poderão sentir-se no resultado da auto e da hetero-avaliação do problema.

No presente estudo, aquando da apresentação dos resultados do grupo longitudinal, deparámo-nos com um conjunto de quatro sujeitos que reprovavam durante o período da recolha de dados e que manifestavam índices muito mais elevados e consistentes de depressão. Vimos, também, na altura da apresentação do estudo de caracterização diferencial dos deprimidos e dos não deprimidos, que a reprovação, em algumas das réplicas das análises realizadas, discriminava entre estes dois grupos de sujeitos, ainda que marginalmente.

A dúvida quanto ao sentido da causalidade (está deprimido porque portanto reprova, ou reprova e, por conseguinte, fica deprimido) pode ser uma das questões mais interessantes que se pode colocar a este propósito, já que as suas implicações clínicas diferenciais são óbvias e as suas confirmações empíricas quase inexistentes.

Foi intenção do estudo que se segue explorar a ligação

avaliação da depressão com a reprovação escolar e recolher informações que auxiliassem no esclarecimento da causalidade em jogo. A caracterização específica do sujeito que reprova é outro dos vectores em análise, com o qual iniciaremos este ponto.

4.2.1. A reprovação escolar e as variáveis demográficas

Amostra

Tendo por base a amostra global de sujeitos, retiraram-se desta análise todos aqueles que não possuíam duas observações sucessivas. O racional para esta decisão partiu da necessidade em estudar os sujeitos que não haviam ainda reprovado num determinado momento avaliativo do estudo e reprovavam no momento imediatamente subsequente. Deste modo, a dimensão da amostra ficou reduzida a 1242 sujeitos.

Instrumentos

Nesta análise, envolveram-se os dados de todos os instrumentos de auto e de hetero-avaliação em uso no estudo, à excepção do questionário aos professores.

Método

São três as hipóteses de reprovação escolar ao longo deste estudo: o aluno pode ter reprovado da 1ª para a 2ª Aplicação, da 3ª para a 4ª ou

da 4ª para a 5ª Aplicação.¹⁹⁶ Ao longo deste sub-capítulo designaremos as hipóteses, respectivamente, como o primeiro, o segundo e o terceiro momento.

Procurou-se verificar se o facto do sujeito reprovar se relaciona ou não, independentemente, com cada uma das variáveis (1) sexo; (2) idade de escolaridade; (3) colégio A ou V; (4) ser novo na escola; e (5) viver/não viver com ambos os pais. Para o efeito, realizaram-se 3 testes X^2 (relativos aos 3 momentos de possível reprovação) para explorar cada uma das variáveis.

Resultados e análises

Nas sequência das análises de X^2 , a hipótese de independência apenas foi rejeitada relativamente a dois momentos e com a variável "viver/não viver com ambos os pais", já que **para todas as outras encontrámos $p > .1$** . Estes resultados e a numerosidade das análises (relacionando cada instrumento em cada um dos momentos com cada uma das cinco variáveis) levaram-nos a optar por não apresentar aqui um levantamento conjunto de valores que não evidenciavam relação nem significância estatística.

Estes dados, revelados pela negativa, ou seja, pela ausência de relação entre a reprovação e quatro das variáveis em estudo, colocam algumas reflexões. Salienciamos o facto das variáveis relacionadas com o contexto educativo (ano escolar, tipo de colégio, ser novo na escola) nada parecerem contribuir para o insucesso escolar. Estes dados são t

¹⁹⁶ Lembra-se que fica de fora a possibilidade do sujeito reprovar da 2ª para a 3ª Aplicação, dado que estas observações foram realizadas respectivamente, no início e no fim do mesmo ano lectivo.

mais interessantes quanto, na caracterização dos deprimidos, havíamos visto a importância de algumas dessas variáveis para a depressão. Em contrapartida, um factor familiar, sem relevância na discriminação dos sujeitos com manifestações deprimidas, surge exactamente com um papel importante na reprovação de ano.

Novos objectivos

Para melhor perceber esta relação fomos analisar, de perto, na mesma amostra e com os dados dos mesmos instrumentos, a variável "viver/não viver com ambos os pais" nos dois momentos em que se havia mostrado dependente da variável reprovação.

Resultados e análises

Verificámos que, no primeiro e no terceiro momento, esta relação era significativa ($X^2_{(1)}=10.498$, $p=.00126$ e $X^2_{(1)}=4.08$, $p=.04$, respectivamente), e que o não era no segundo momento ($X^2_{(1)}=.34$, $p=.85$). Subjacente a esta relação surge a evidência dos sujeitos que reprovam não viverem com ambos os pais e dos sujeitos que vivem com ambos os progenitores reprovarem menos.

Ainda que surja a tentação de colocar a hipótese de que as crianças reprovarão na sequência dos problemas conjugais entre os seus progenitores, a direcção causal desta relação não fica aqui esclarecida, sugerindo-nos apenas que, para o sucesso ou insucesso escolar, o estatuto conjugal/relacional dos pais parece ter algum tipo de influência.

4.2.2. A reprovação escolar e a depressão

Como vimos no Estudo 3, a reprovação demonstrou contribuir ainda que marginalmente, para a diferenciação dos sujeitos considerados como "casos de depressão" e "casos de não depressão". Nesta sequência em conjugação com algumas questões teóricas discutidas no capítulo 2 deste trabalho, interessava-nos agora saber se os sujeitos que reprovavam incluíam preferencialmente no grupo dos deprimidos ou dos não-deprimidos em função do apoio na auto e na hetero avaliação e, portanto, nos diversos instrumentos avaliativos. Pretendíamos, assim, verificar a contribuição independente de cada instrumento para discriminar sujeitos que iria reprovar o ano escolar, daqueles que não reprovariam.

Amostra

O grupo de sujeitos em estudo era o mesmo da análise anterior ou seja, todos os sujeitos da amostra global que possuíam duas observações sucessivas.

Instrumentos

Tal como anteriormente, todos os instrumentos que, no estudo eram completados pelas crianças/adolescentes.

Método

Com vista a verificar se alguma das medidas de depressão permite prever o sucesso ou insucesso escolar, construiu-se um modelo

regressão logística (estimado pelo método da máxima verossimilhança¹⁹⁷), tendo as medidas de depressão como variáveis preditoras e o insucesso como variável critério. Este procedimento foi replicado para cada um dos três momentos temporais já referidos. Assim, para o primeiro momento (reprovados da 1ª para a 2ª aplicação) os indicadores de depressão utilizados foram os da 1ª aplicação, para o 2º momento (3ª para a 4ª aplicação) foram os da 3ª e para o terceiro momento (4ª para a 5ª aplicação) foram os da 4ª (quadro nº 89).

	N	Bo	Dep CDI	Dep DSRS	Dep PNID	X ²	g.l.	p
1º momento	249	-8.12	.188	.843	.811	17.92	3	.000
2º momento	258	-4.3	.104	.174	.342	2.21	3	.52
3º momento	219	-2.54	.883	.482	.037	6.89	3	.07

Quadro nº89: Estimativa dos parâmetros do modelo de regressão logística: relação preditiva entre as medidas de depressão e a reprovação escolar

Resultados e análise

Com base nos resultados evidentes no quadro anterior, verifica-se que a relação entre a depressão e a reprovação escolar, altamente significativa no primeiro momento, não é replicada nos restantes. Tal indica que a depressão, quer seja avaliada através do CDI, do DSRS ou do PNID, parece tender a não predizer, na maioria das vezes, a reprovação escolar,

¹⁹⁷ Verossimilhança surge aqui como a tradução para "Likelihood".

mas que, no entanto, por vezes demonstra capacidade preditiva; momento, são-nos desconhecidas as variáveis que justificam instabilidade ou alternância.

Se a depressão não parece poder predizer o insucesso, será que o insucesso induz depressão, i.e. será que os diferentes instrumentos podem discriminar os sujeitos que reprovaram no ano anterior dos que não reprovaram?

Amostra e instrumentos

Com base na amostra de sujeitos que haviam obtido classificação de deprimidos ao longo do estudo (Grupo 4) e apoiando-nos dados dos mesmos instrumentos que na análise anterior, fomos explorar a possibilidade de uma ligação causal entre a depressão e reprovação.

Método

Com o objectivo de estudar esta possibilidade, fomos em seguida explorar se, quando um sujeito é classificado como depressivo ou não depressivo, ele é ou não repetente. Concebeu-se, de novo, um modelo de regressão logística estimado pelo método da máxima verosimilhança, acrescentando como medidas de depressão para o primeiro momento as da 1ª aplicação, para o segundo momento as da 4ª aplicação e para o terceiro momento as da 5ª aplicação. Observemos o quadro nº 60.

Resultados e análise

Quadro n° 60: Estimativas dos parâmetros do modelo de regressão logística: relação preditiva entre as medidas de reprovação escolar e de depressão

	N	Bo	Dep CDI	Dep DSRS	Dep PNID	X ²	g.l.	p
1º momento	306	-.74	-.268	.362	-.210	4.02	3	.259
2º momento	428	-3.64	.077	.084	.172	.966	3	.809
3º momento	355	-3.45	.438	-.158	.268	5.53	3	.137

Podemos agora concluir da não existência de relação preditiva entre o insucesso escolar e a depressão, já que, como é visível no quadro anterior, nenhuma das relações se mostrou significativa.

A comparação de ambos os quadros permite concluir que apesar dos dois sugerirem não relação, a sua ausência é muito mais segura no segundo quadro do que no primeiro. Assim, apesar de, na presente amostra, poder existir uma relação entre estar deprimido e ter mau desempenho escolar (concretizado através da reprovação), nada indica que um mau desempenho implique que a criança ou adolescente fique deprimido.

4.2.3. A reprovação escolar e a avaliação pelos professores

Analisou-se a relação entre a percepção que o professor tem do aluno, nos aspectos escolar, social e depressivo e a reprovação escolar. Dado o professor ser o interveniente escolar mais informado sobre o sucesso ou insucesso escolar do aluno, pretendeu saber-se de que forma a avaliação que ele realizava em diversos domínios relacionados com o contexto escolar e, em particular, a depressão da criança/adolescente visava na sua perspectiva de docente, se relacionavam com o facto do aluno reprovar ou não de ano lectivo. Estava em causa a possível interferência da associação do acontecimento de reprovação com a imagem que o professor tinha do aluno, nesses diversos domínios comportamentais.

Amostra

Foram estudados os 38 sujeitos que haviam sido alvo de uma avaliação, realizada por um ou mais dos seus professores.

Instrumentos

Os dados foram obtidos através do questionário IDSE, preenchido pelos docentes e através do inventário de questões sobre a escola e família (ISFE).

Método

A relação entre a depressão e a avaliação dos professores foi estudada através dos coeficientes de correlação de Pearson. As informações sobre reprovação apoiaram-se na 4ª aplicação, coincidente com a realização

pelos professores. Observe-se o quadro nº 61.

Resultados e análise

Quadro nº61: Relação entre a avaliação realizada pelos professores nas três escalas do IDSE e a reprovação de ano escolar: Coeficientes de Correlação de Pearson

	3ª Aplicação	4ª Aplicação	5ª Aplicação
Escala de depressão	-.18	-.22	-.04
Escala de comportamento social	-.16	-.18	-.10
Escala de Comportamento/ Rendimento Escolar	.12	.11	.33

Nota: nenhum dos coeficientes se mostra significativo a alfa 5%.

Os coeficientes de correlação são de magnitude reduzida (meramente tendenciais), pelo que nenhuma das avaliações dos professores se encontra significativamente correlacionada com a variável reprovação escolar. Tal parece dever-se, essencialmente, à pouca potência de teste inerente ao N reduzido (N= 35). Arriscamos, assim, a leitura dos dados concluindo que os professores não vêem os sujeitos que reprovam como tendo mais problemas de socialização, nem como sendo mais deprimidos (apesar de, como vimos, eles tenderem a se avaliar como mais deprimidos), mas que os percebem como tendo mais problemas escolares. Verifica-se um padrão consistente no sentido de se relacionarem positivamente com o desempenho escolar e negativamente com a depressão e com o

comportamento social, ainda que, repetimos, não haja significância estatística.

5. ESTUDO DA VARIÁVEL "IDEAÇÃO E INTENÇÃO SUICIDA"

Dada a gravidade das ideias ou intenções suicidas e a sua possível expansão nos últimos anos na população estudantil jovem, resolvemos estudar, em particular, a forma como se comportava o item nº 9 do CDI, o qual inquiria, especificamente, sobre este tópico. O item, levando o sujeito a optar por quatro escolhas, estava redigido da seguinte forma: "Não penso em matar-me; Penso às vezes em matar-me mas nunca o farei; Penso muito em matar-me e sei que sou capaz de o fazer; Quero matar-me". A cotação desta questão fazia corresponder um valor de zero à primeira opção, 1 e 2 às segunda e terceira e um valor de 4 à última opção aqui referida, considerada, obviamente, a mais grave.

O estudo psicométrico da escala CDI havia mostrado que este item não é um dos que discrimina mais os sujeitos no total da escala (a sua correlação com o total da escala, nas respectivas aplicações, é de .36., .51 e .51), sendo mesmo um dos que baixa o seu Alfa de Cronbach (de um valor de .863038 para .859683 na 3ª aplicação, de .869389 para .862893, na 4ª aplicação e de .894491 para .889780 na 5ª aplicação). Trata-se, porém, de um item com uma grande saturação do factor (.64, .54 e .55, respectivamente nas 3ª, 4ª e 5ª aplicações), caracterizando o constructo medido pela escala.

Amostra

Estão em análise, neste estudo, todos os sujeitos da amostra longitudinal que responderam, na 3ª, 4ª e 5ª aplicações ao item nº 9 do CDI. Esses sujeitos foram divididos de acordo com a pertença a cada um dos

grupos de classificação de depressão e não depressão (Grupos 1, 2, 3 e 4) para facilitar a interpretação dos dados.

Instrumentos

Esta análise foi centrada num item particular do CDI. Dado que este só havia sido utilizado nas 3ª, 4ª e 5ª aplicações e o SCDI não havia incluído, por pedido expresso inicial da direcção dos colégios, nenhum item sobre suicídio, só entramos aqui em linha de conta com a versão completa do instrumento. Aquando do estudo da ligação entre o item relativo a suicídio com as variáveis demográficas, utilizamos igualmente os dados retirados do ISFE.

Método

Começamos por estudar as médias de resposta neste item na 3ª, 4ª e 5ª aplicações, de acordo com a distribuição pelos grupos de diferentes níveis de depressão (Grupo 1 nada deprimidos até Grupo 4, muito deprimidos). Os resultados encontrados levaram-nos à utilização do teste de Bartlett, para estudar a possível dispersão e heterogeneidade das respostas através dos grupos. Para explorar a hipotética diferenciação entre os grupos 1, 2, 3 e 4, foram utilizados o Teste da Mediana e o Kruskal-Wallis. As percentagens de resposta a cada uma das opções do item, que estudámos em seguida, auxiliaram-nos na compreensão da ligação entre a gravidade da depressão e a heterogeneidade das respostas dos grupos de depressão/não depressão. Finalmente, levaram-se a efeito testes de χ^2 e uma medida de magnitude da associação (o coeficiente Tau de Kendall) para estudar a relação entre as respostas a este item do suicídio e as variáveis demográficas.

Resultados e análises

Os quadros nº 62 a 64, que se seguem, apresentam-nos o N, as médias e os desvios-padrões das respoastas ao item 9 do CDI em cada uma das três últimas aplicações.

Quadro nº 62: Médias e desvio-padrões do item 9 do CDI na 3ª aplicação, de acordo com a classificação em grupos 1, 2, 3 e 4.

ITEM 9 DO CDI 3ª APLICAÇÃO			
GRUPO	N	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
1	79	.01	.496
2	419	.210	.483
3	283	.448	.596
4	83	1.087	.928
TOTAL	814	.330	.603

Quadro nº 63: Médias e desvio-padrões do item 9 do CDI na 4ª aplicação, de acordo com a classificação em grupos 1, 2, 3 e 4.

ITEM 9 DO CDI 4ª APLICAÇÃO			
GRUPO	N	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
1	61	.049	.218
2	608	.110	.329
3	497	.492	.626
4	99	1.20	.892
TOTAL	1261	.339	.604

Quadro n° 64: Médias e desvio-padrões do Item 9 do CDI na 5ª aplicação, de acordo com a classificação em grupos 1, 2, 3, e 4.

ITEM 9 DO CDI 5ª APLICAÇÃO			
GRUPO	N	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
1	49	.061	.428
2	490	.194	.500
3	370	.562	.689
4	86	1.44	1.069
TOTAL	995	.432	.732

Este item mostra um padrão que se repete ao longo das várias aplicações e que está associado aos diferentes níveis de depressão e de depressão. A análise das médias permite-nos verificar que elas são diferentes entre os quatro grupos e que as médias globais são muito próximas de zero. Refere-se que zero é a única opção não patológica. O aumento das médias neste item encontra-se associado, em todos os casos analisados, ao aumento da gravidade da depressão. Este facto é acompanhado pelo aumento simultâneo do desvio-padrão, sugerindo uma maior dispersão nas médias dos grupos mais deprimidos, em contraste com os grupos com menor ou ausência de depressão.

A heterogeneidade manifesta nos anteriores quadros é confirmada pelo teste de Bartlett efectuado sobre cada uma das aplicações (3ª aplicação $X^2_{(3)} = 58.934$, $p = .000$; 4ª aplicação, $X^2_{(3)} = 368.864$, $p = .000$; 5ª aplicação, $X^2_{(3)} = 131.090$, $p = .000$).

Quer o Teste da Mediana, quer o de Kruskal-Wallis realizados sugerem estes grupos como significativamente diferentes (quadro n° 65).

Quadro n°65: Comparação dos grupos de depressão (1=não deprimidos e 4=deprimidos) relativamente à resposta ao item de suicídio nas 3 aplicações do CDI

	Kruskall-Wallis	g. l.	p	Teste da Mediana X ²	g. l.	p
3ª aplicação	113.82	3	.000	108.78	3	.000
4ª aplicação	308.68	3	.000	286.02	3	.000
5ª aplicação	233.10	3	.000	216.72	3	.000

A análise dos residuais do Teste da Mediana (ver quadro n° 66) sugere que o padrão subjacente a estas diferenças é o do aumento do número de sujeitos com valores acima da mediana, à medida que aumenta a gravidade da depressão, existindo uma tendência linear constante neste sentido.

Quadro n°66: Residuais do teste da mediana (Frequências observadas - frequências esperadas)

		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
3ª Aplicação	<= Mediana	17.64	37.78	-31.95	-23.48
3ª Aplicação	> Mediana	-17.64	-37.78	31.95	23.48
4ª Aplicação	<= Mediana	14.16	106.11	-69.13	-51.14
4ª Aplicação	> Mediana	-14.16	-106.11	69.13	51.14
5ª Aplicação	<= Mediana	15.00	82.05	-54.14	-42.91
5ª Aplicação	> Mediana	-15.00	-82.05	54.14	42.91

Interessava-nos perceber melhor o aumento de heterogeneidade atrás referida, que acompanhava o aumento da gravidade da depressão. Partindo dos grupos extremos de sujeitos com depressão mais grave (Grupo 4) e sem depressão (Grupo 1), para mais facilmente contrastar as suas características, fomos analisar as respectivas percentagens de resposta a cada uma das opções do item, em cada aplicação. Os dados encontram-se nos quadros que se seguem (nº 67 e nº 68).

Quadro nº67: Percentagens de resposta a cada uma das quatro opções do item 9 do CDI do grupo de sujeitos deprimidos (Grupo 4).

ITEM Nº 9	3ª Aplicação		4ª Aplicação		5ª Aplicação	
	N	%	N	%	N	%
Não penso em matar-me (0)	18	28.30	20	20.20	18	17.44
Penso às vezes em matar-me mas nunca o farei (1)	26	44.05	50	50.50	41	47.67
Penso muito em matar-me e sei que sou capaz de o fazer (2)	6	11.32	18	18.18	7	8.14
Quero matar-me (3)	6	11.32	11	11.11	23	26.76

Nota: Entre parêntesis encontra-se a cotação de cada resposta

Quadro n° 68: Percentagens de resposta a cada uma das quatro opções do item 9 do CDI do grupo dos sujeitos não deprimidos: Grupo 1

ITEM N° 9	3ª Aplicação		4ª Aplicação		5ª Aplicação	
	N	%	N	%	N	%
Não penso em matar-me (0)	75	94.93	58	98.08	48	95.96
Penso às vezes em matar-me mas nunca o farei (1)	2	2.8	3	4.92	0	0
Penso muito em matar-me e sei que sou capaz de o fazer (2)	0	0	0	0	0	0
Quero matar-me (3)	2	2.8	0	0	1	2.04

Nota: Entre parêntesis encontra-se a cotação de cada resposta

É visível, nos quadros anteriores, que, qualquer que seja a aplicação em causa, no grupo dos não deprimidos cerca de 98% dos sujeitos escolhe a opção não patológica. Dois sujeitos assinalam pensarem em se matar, mas sabem que nunca o farão e três afirmam querer matar-se, escolhendo, assim, a opção considerada mais grave. Estes três sujeitos comportam-se, nas suas escolhas, de forma inesperada, talvez evidenciando uma resposta falsa, que não corresponda, de facto, aos seus desejos. Outra possibilidade é a de que estes sujeitos tenham intenção suicida, sem, contudo, estarem deprimidos, podendo, em alternativa, evidenciar outro tipo de perturbações mais exteriorizadas não detectáveis pelos instrumentos em

uso.

Quanto ao grupo dos muito deprimidos, é de assinalar percentagem assustadora de sujeitos que escolhem opções indicadoras de desejo de suicídio. Verifica-se que, apesar da amostra não envolver muitos sujeitos (53, 99 e 86 sujeitos, respectivamente na 3ª, 4ª e 5ª aplicações), percentagens de sujeitos que pensam em matar-se, apesar de acharem que o não farão, são próximas dos 50%, nos três casos, entre 8 e 18% pensam muito em matar-se e sabe que será capaz de o fazer e entre 11 e 20% destes sujeitos altamente deprimidos afirma, mais do que pensar em matar-se, querer fazê-lo. É também evidente que só uma percentagem reduzida dos sujeitos deste grupo 4 é que não pensa em suicídio (entre 17 e 28%). Numa das aplicações esta percentagem é inferior à dos sujeitos que pretendem matar-se.

Procurando responder à questão da existência de uma relação entre as variáveis demográficas (sexo, número de irmãos, etc.) e os valores encontrados neste item do suicídio, já atrás definida como um dos objectivos deste estudo, realizaram-se um conjunto de testes X^2 (de independência) isto é, estudou-se se os efeitos entre a variável suicídio e as outras variáveis demográficas eram independentes ou estavam associados. Como índice de magnitude da associação, quando presente, utilizou-se o coeficiente de associação τ - Kendall (Tau).

Verificou-se ausência de relação ($p > .4$) entre o suicídio e o viver ou não viver com os pais ($X^2_{(3)}=2.196, p=.83$), com o número de irmãos ($X^2_{(3)}=8.39, p=.78$) e com o facto de ser novo na escola ($X^2_{(3)}=2.49, p=.48$). No caso das variáveis sexo ($X^2_{(3)}=24.41, p=.000$), do ano de escolaridade ($X^2_{(12)}=38.94, p=.000$).

e da reprovação escolar ($X^2_{(6)}=46.84, p=.000$) as diferenças surgem como significativas, sugerindo uma associação entre estas variáveis e a resposta ao item do suicídio, ainda que a sua magnitude seja fraca [$.05 < \tau < .06$]. Note-se que como a amostra é de grandes dimensões, existe uma grande potência nestes testes, pelo que uma maior probabilidade de detectar efeitos, que neste caso se mostram reduzidos.

Podemos assim concluir que existe uma associação tendencial significativa, apesar de fraca, entre o suicídio, a reprovação, o ano de escolaridade e o sexo, com os sujeitos do sexo masculino a ter maior número de reprovações e os que se encontram nos anos de escolaridade mais elevados a ter uma maior probabilidade de experimentarem pensamentos ou intenções de suicídio.

SÍNTESE DOS RESULTADOS

Dos resultados encontrados nos vários estudos realizados com a população de crianças e jovens estudada, descritos no presente capítulo, possível extrair as conclusões que a seguir se sintetizam:

A nível metodológico

- Todos os instrumentos utilizados no estudo demonstram possuir adequadas qualidades de precisão e validade, permitindo retirar, com confiança, conclusões dos dados por eles recolhidos;

- As características do *design* do estudo - envolver conjuntamente uma metodologia longitudinal e uma transversal repetida cinco vezes - associada ao controlo na análise estatística subsequente permitem mostrar como as exigências metodológicas podem pôr em causa os efeitos (aparentes) de certas variáveis;

- Os instrumentos de auto-avaliação demonstram um bom grau de concordância quanto à classificação em casos de depressão e de não depressão, sendo esse acordo muito elevado ou mesmo total quando os sujeitos se auto-classificam nos grupos extremos, ou seja, quando consideram como muito deprimidos e como nada deprimidos; contudo existem algumas diferenças nesses graus de concordância, com uma das versões dos instrumentos (o CDI total) a evidenciar maior concordância com o outro instrumento (o DSRS) do que a sua versão reduzida (o SCDI).

- O grau de acordo **entre** os instrumentos de auto e de hetero-avaliação na classificação de casos depressivos e de casos não depressivos é moderado, sendo mais elevado com alguns dos instrumentos (CDI comparado com PNID) do que com outros (DSRS comparado com PNID);

- As correlações entre avaliações sucessivas do mesmo instrumento de auto-avaliação são menos elevadas do que as correlações entre dois instrumentos de auto-descrição distintos;

- As correlações entre as avaliações sucessivas do mesmo instrumento de hetero-avaliação (PNID) são mais elevadas do que as correlações entre esse instrumento e os dois instrumentos de auto-descrição;

- As subescalas de popularidade e de felicidade do PIND correlacionam-se sempre negativamente com as auto-avaliações da depressão no mesmo ano escolar e com apenas alguns dos resultados da subescala de depressão desse mesmo instrumento; estas correlações tendem, no entanto, a não ser significativas;

A nível conceptual

- A comparação entre a avaliação realizada pela própria criança sobre o seu comportamento depressivo e as avaliações que os outros (colegas e professores) fazem desse seu comportamento mostra

- consonância (moderada a boa) na auto-imagem.

- ausência de concordância (no caso da avaliação completada pelos professores) ou baixa concordância (no caso da avaliação pelos colegas) entre a imagem que a criança dá de si e a imagem que os outros dão dela
- acordo relativo entre as hetero-imagens (dadas por colegas e professores);

- Salvaguardando as diferenças no formato de cotação e formulação escrita dos instrumentos, verificam-se médias de resultados de depressão mais elevadas do que em populações espanholas e americanas equivalentes;

- Denota-se a ausência de um padrão de desenvolvimento associado à gravidade da depressão nestes grupos escolares;

- Verifica-se a presença de um ligeiro efeito temporal, linear e positivo, na gravidade da depressão, acompanhando a evolução dos grupos escolares (e, também, da idade, já que se haviam controlado reprovações), atribuível, não a factores desenvolvimentistas, já que não existe interacção com os níveis escolares/etários, mas a factores de história (pessoal, circunstancial relacionada à própria aplicação, etc).;

- Manifesta-se um efeito específico, coincidente com a subamostra dos sujeitos que começaram a realizar o estudo em níveis escolares mais elevados, mostrando resultados sistematicamente mais altos de depressão. Este efeito não é devido ao desenvolvimento, já que as crianças das outras subamostras, quando atingem esses níveis escolares, não demonstram

mesmo nível elevado de depressão;

- Os sujeitos que respondem pela primeira vez aos instrumentos avaliativos demonstram uma inflacção nos resultados totais da depressão;

- Os sujeitos que são novos na escola mostram níveis mais elevados de depressão;

- Observa-se uma uniformização nos graus de depressão após a entrada nos colégios, ou seja, as crianças que, ao entrarem, mostram uma grande diversidade de níveis quanto a estarem ou não deprimidos tenderão, com a permanência na escola, a homogeneizar-se nesses níveis: os que tinham graus mais elevados de depressão, diminuem a sua gravidade e os que mostravam níveis mais baixos, tendem a aumentá-los;

- A estabilidade de pertença aos grupos extremos dos deprimidos e dos não deprimidos, com base na auto-avaliação, é baixa. Um sujeito que num momento do estudo pertença ao grupo de depressão, tem uma probabilidade baixa de se manter sempre muito deprimido nas avaliações seguintes e essa probabilidade diminui com a passagem do tempo; da mesma forma, um sujeito que pertença ao grupo simétrico de não depressão tem uma probabilidade baixa de se manter sempre nesse grupo e essa probabilidade é cada vez menor com o decorrer do tempo;

- As variáveis relacionadas com a actividade escolar discriminam mais consistentemente entre os sujeitos deprimidos e os não deprimidos, quando comparadas com as familiares; assim, quer na hetero, quer na

auto-avaliação, os deprimidos e os não deprimidos diferem, na presente amostra, apenas, nas variáveis "colégio" (com os sujeitos do colégio A demonstrarem maiores níveis de depressão), "ser novo na escola" (os que são novos na escola têm auto-avaliações mais elevadas de depressão e hetero-avaliações de depressão mais baixas por parte dos colegas) e marginalmente na variável "reprovação". Estas diferenças são, contudo, fracas. O viver ou não com ambos os pais, o número de irmãos e o ano de escolaridade não diferenciam entre deprimidos e não deprimidos;

- Os sujeitos deprimidos e os não deprimidos diferem sistematicamente, ao longo das cinco aplicações, nas respostas aos itens dos questionários. Dos instrumentos de auto-descrição (SCDI, CDI e DSR) são aqueles itens que discriminam com clareza os sujeitos deprimidos (quando comparados com os não deprimidos) são bastante coincidentes de instrumento para instrumento nos conteúdos e envolvem a tristeza, o choro, a perda de prazer e de capacidade em se divertir, a solidão, o desespero quanto ao futuro, a baixa auto-imagem e a desvalorização pessoal (detestar-se, achar-se feio, não se considerar bom, sentir-se incapaz de tomar decisões e de se animar sozinho quando se sente em baixo), chorar e zangar-se facilmente, o achar-se incapaz de tomar decisões sozinho, o acreditar que os outros não gostam dele e o querer-se matar;

- No instrumento de avaliação completado pelos colegas, os comportamentos que discriminam entre sujeitos deprimidos e não deprimidos encontram-se ligados à expressão emocional negativa (os que parecem tristes, os que choram), à expressão emocional social (os que pensam que não gostam deles) e à expressão comportamental

exteriorizando os sentimentos de baixa auto-estima e da baixa auto-eficácia (os que dizem que não se sentem bem) e à ausência de envolvimento nas brincadeiras; verifica-se, assim, uma coincidência com alguns dos domínios que haviam surgido, na auto-avaliação, como bons discriminantes entre depressão e não depressão;

- Quer na auto, quer na hetero-avaliação, o sexo diferencia entre deprimidos e não deprimidos, com as raparigas evidenciando níveis mais elevados de depressão;

- Os rapazes e as raparigas diferem nas respostas aos itens dos questionários de auto-descrição. O conjunto de itens que discrimina, sistematicamente, entre os sujeitos do sexo feminino e os do sexo masculino, indica como mais discriminantes para as raparigas os itens relacionados com tristeza (incluindo choro), ausência de prazer e de energia, fraca auto-estima e elevada desvalorização pessoal (não gostar de si, não reconhecer valor àquilo que faz e a si própria como pessoa, ter má imagem física), ter problemas de alimentação e, finalmente, sentir-se só, quer por não ter amigos quer por dificuldades com a família; no caso dos rapazes, a discriminação é feita com base em itens relacionados com as expectativas negativas face ao futuro, o descontrolo emocional (zanga, brigas), aborrecimento e incapacidade de se divertir, a auto-avaliação (considerar-se mau, realizar atribuições negativas face aos acontecimentos exteriores e face às suas próprias competências), as dificuldades com o sono, as preocupações com a saúde e as dificuldades na experiência de aprendizagem escolar (notas baixas, dificuldades nos trabalhos de casa e de concentração nas tarefas);

O *design* metodológico permitiu realizar uma análise preditiva encontrar alguma evidência, nem sempre consistente, de que os sujeitos deprimidos possam vir a ter insucesso escolar, em consequência da depressão; em contrapartida, nada indicou que aqueles que têm insucesso venham a estar deprimidos na sequência dessa experiência.

- Entre os sujeitos que reprovam há um maior número de sujeitos cujos pais estão separados;

- Os professores tendem marginalmente a ver os sujeitos que reprovam como tendo mais problemas escolares, apesar de não os caracterizarem como mais deprimidos ou como tendo problemas sociais; estas relações, no entanto, não atingem significância estatística;

- São elevadas as percentagens de sujeitos deprimidos que indicam ter ideação ou intenção suicida; estas cognições ou desejos suicidas são praticamente inexistentes nos sujeitos não deprimidos;

- Existe uma tendência para que os sujeitos que se descrevem com níveis mais elevados no item do suicídio sejam aqueles que possuem também níveis mais elevados de depressão; estes sujeitos tendem a ser do sexo masculino, a estarem em anos escolares mais avançados e a terem tido experiências de insucesso escolar.

No capítulo que agora se segue analisaremos cada um destes

dados, enquadrando-os nos conhecimentos teóricos que possuímos e nas implicações que deles advém para o contexto escolar português e para a acção educacional e clínica do psicólogo.

CAPÍTULO 4

CONCLUSÕES

4.1. AS RESPOSTAS

Continuando a tradição que tem marcado, nos últimos anos, o domínio da depressão infanto-juvenil (Cantwell & Carlson, 1979; Crowl, 1992; Kendall, Cantwell & Kazdin, 1989; Worshel et al., 1990), este trabalho organizou-se em redor da avaliação dessa entidade clínica. Dada a ausência, quase total, de dados sobre a população estudantil portuguesa neste domínio particular, e a relevância do processo avaliativo para qualquer acção empírica, preventiva ou terapêutica (Kendall, Cantwell & Kazdin, 1989), pareceu-nos inevitável e necessário iniciar o estudo aprofundado do problema no contexto português, avaliando. Contudo, sendo críticos e pretendendo contrariar as características habituais de muito do trabalho empírico sobre a avaliação desta entidade, que transforma esta avaliação num objectivo em si mesmo (Carlson & Cantwell, 1983), pretendemos que, no caso particular deste estudo, ela fosse apenas um ponto de partida para a descrição e explicação deste problema clínico, com o intuito final de elaborar propostas para desenvolver consequentes acções educacionais e clínicas.

Como horizonte tinha-se a caracterização da depressão com base numa amostra numerosa e relativamente diversificada da população infanto-juvenil portuguesa, de forma a poder generalizar, a partir dos resultados, para outras populações. Foi assim que se estudou um total de 2209 sujeitos do sexo feminino e masculino, distribuídos por sete anos

escolaridade (do 3º ao 9º ano, inclusive), pertencentes a dois estabelecimentos de ensino da zona da grande Lisboa.

Em cinco momentos de aplicação, concretizados no decorrer de três anos consecutivos, os sujeitos completaram os mesmo três instrumentos avaliativos, dois deles destinados a medir a depressão através da auto-descrição (SCDI/CDI e DSRS) e o outro destinado à avaliação da depressão pelos colegas (PNID). Em simultâneo, nas mesmas cinco medições, recolheram-se informações sobre dados da sua vida escolar e familiar (ser novo no colégio, ter ou não reprovado em anos anteriores, viver ou não com ambos os pais, número de irmãos), utilizando o auto-relato escrito. Os professores de uma subamostra dos alunos estudados realizaram também o preenchimento de um questionário (IDSE), propositadamente construído para este estudo, centrado sobre comportamentos depressivos, sociais e escolares dos alunos.

O *design* prospectivo do procedimento empírico e as cinco réplicas da recolha de dados permitiram que a análise dos mesmos se apoiasse num estudo longitudinal (que acompanhou uma subamostra de 344 sujeitos) e em cinco estudos transversais, correspondentes às cinco aplicações referidas.

No início desta dissertação (páginas 17 a 22) colocámos um conjunto de questões que nos pareciam merecer uma atenta exploração empírica e para as quais o presente trabalho pretendia encontrar algumas respostas. Veremos, em seguida, em que medida os dados obtidos permitiram responder às questões colocadas.

O primeiro conjunto de questões centrava-se sobre a temática da avaliação da depressão pré-adulta, que como tivemos oportunidade de ver

no capítulo 7, tem desempenhado um papel ambíguo na evolução do conhecimento sobre o tema, já que tem estimulado ao seu avanço, mas também tem contribuído para muitas das suas imprecisões (Cantwell, 1983b; Kendall, Cantwell & Kazdin, 1989).

O primeiro objectivo deste trabalho foi a realização de análises prévias que investigassem as propriedades psicométricas dos vários instrumentos utilizados, para depois concluir da sua relevância, utilidade, importância relativa e convergência. Dessas análises, quer centradas nos três instrumentos traduzidos de autores estrangeiros, quer no instrumento construído para o estudo empírico, foi grato verificar que todos os métodos de medida evidenciavam precisão e validade. A possibilidade de realizar cinco réplicas de todas as análises, inerente ao *design* metodológico permitiu uma comparação que mostrou um impressionante grau de coincidência nos resultados métricos obtidos, assegurando a confiança no uso dos instrumentos e nos dados a que davam acesso.

A partir deles foi evidenciado um apoio empírico à concepção da depressão como um constructo multifacetado, envolvendo diversos domínios divergentes que concorrem, em conjunção, para formar uma só realidade psicológica. Este apoio adveio do facto das correlações entre os itens que compõem as escalas de depressão e o seu total se mostrarem sistematicamente baixas, mas de em concomitância as estruturas factoriais das entidades medidas sobressaírem, preponderantemente, unas.

O facto de, no presente trabalho, por limitações específicas de disponibilidade e interesse dos elementos familiares da população em estudo para participarem na investigação, ter sido impossível realizar as desejadas entrevistas de diagnóstico clínico, temos aqui em estudo a depressão baseada numa definição estatística. Assim, os nossos depressivos t

níveis estatisticamente elevados de depressão (Kazdin, 1989) e os não depressivos níveis estatisticamente baixos. Se este critério pode pecar pela arbitrariedade (visível, por exemplo, no facto dos instrumentos auto-descritivos, apesar de concordantes, e, em certos casos, coincidentes, não classificarem como depressivos e não depressivos, nos quatro graus de depressão/não depressão, exactamente os mesmos sujeitos), a alternativa existente, concretizada nos critérios clínicos - baseados nas classificações psiquiátricas e em determinações dependentes do contexto sócio-cultural e pessoal - é, como vimos no ponto 1 do capítulo 1, igualmente limitada e resultante de arbítrio. As implicações deste facto - às quais podemos associar algumas dúvidas quanto ao facto dos instrumentos utilizados para avaliar a depressão medirem, não uma condição específica, mas estados afectivos negativos gerais - podem apenas advertir-nos da precaridade dos conceitos envolvidos e da necessidade em evoluir na precisão do seu significado e natureza. Em qualquer dos casos, estamos perante as percepções que os sujeitos demonstram de comportamentos diversos, associados a áreas cognitivas, emocionais e comportamentais do seu funcionamento - ou do de outrem - e perante a determinação, em função da comparação de médias e dispersões de valores encontrados, da "normalidade" ou "anormalidade" dessas percepções para o grupo em causa.

Seguem-se as respostas que encontramos às perguntas levantadas.

1. Questões relativas à avaliação da depressão infanto-juvenil

1.1. Serão as crianças portuguesas com nível escolar superior a 3º ano capazes de informarem, em sucessivos períodos temporais, acerca dos seus estados internos depressivos e dos comportamentos depressivos externos dos seus colegas?

De acordo com a auto-descrição dos sujeitos e a avaliação efectuada por colegas, ambas confrontadas com a dos professores, podemos confirmar, não só a capacidade das crianças para prestarem informações sobre as suas experiências internas, como sobre os comportamentos depressivos dos seus colegas.

O auto-relato das crianças e dos adolescentes demonstrou um bom nível de concordância na auto-imagem dada através de dois instrumentos de auto-descrição da depressão e evidenciou um excelente grau de acordo na classificação em graus extremos de depressão e de não depressão. Quanto à avaliação completada pelos colegas, mostrou alguma ainda que pouca, relação com a auto-imagem dada pelo sujeito, tendo evidenciado graus moderados de acordo com a avaliação do comportamento depressivo e do comportamento social, ambas efectuadas pelos professores. Todos atestam da validade das informações prestadas pelas crianças em todos os níveis escolares.

O facto dos instrumentos de auto-descrição utilizados colocar alguns problemas na sua comparação, já que demonstram formatos de redacção e de resposta díspares e parecem exigir níveis de complexidade diferente para o seu preenchimento (com o DSRS a mostrar-se mais simples do que o CDI e que o SCDI, [Birleson, Hudson, Buchanan & Wolff, 1987]).

salienta ainda mais, face ao acordo verificado, a capacidade de auto-compreensão e observação das crianças em reconhecerem e expressarem de forma consonante as suas experiências internas (Lasko, 1986).

As correlações positivas e moderadas entre a depressão e a desesperança quanto ao futuro, vêm reafirmar, no nosso estudo, que as crianças e os adolescentes conseguem aceder à dimensão cognitiva que está subjacente a este constructo e que tendem a experimentá-lo quando estão deprimidos (Kazdin, 1977). Esta afirmação é, quanto a nós, tanto mais válida, quanto o formato verbal das questões que inquiram sobre a desesperança é complexo e exigente - a nosso ver essas questões são as mais difíceis de entender de todas as apresentadas pelas escalas - podendo levar a confundir a complexidade atribuível à noção psicológica em jogo, com as capacidades de compreensão verbal escrita das crianças. Ainda em consonância com a ideia de que as crianças depressivas avaliadas experienciam desesperança quanto ao futuro denota-se que os itens que lhe são relativos se encontram entre os que, no auto-relato, discriminam os jovens deprimidos daqueles que o não são.

Podemos assim concluir que não só as crianças portuguesas com escolaridade acima do 3º ano conseguem informar, com consistência, acerca da sua depressão, como informam acerca dos comportamentos depressivos dos seus colegas. Para além disso, mostram conseguir compreender noções cognitivas consideradas complexas, implicadas na experiência e avaliação da depressão, não confirmando que as supostas limitações cognitivas, atribuídas a estádios de desenvolvimento não permitiam aos mais jovens atingir a noção de futuro e de desesperança. A experiência deste tipo de cognições surge sobretudo quando estão deprimidos e mais frequentemente se são rapazes.

1.2. Existirá acordo entre as perspectivas da própria criança sobre a sua depressão e as perspectivas que colegas e professores têm da mesma depressão? Haverá, igualmente, consonância entre as heteroavaliações da depressão, quando completadas por professores e por colegas sobre os comportamentos depressivos de um determinado sujeito?

Tal como aconteceu em tantos outros estudos (Kazdin, 1990), nossos dados mostram que a coincidência entre a avaliação que a criança faz de si com aquela que os seus colegas ou os seus professores fazem é muito reduzida ou mesmo inexistente. No nosso estudo, ela existe, numa pequena dimensão, entre as auto-imagens dadas pelas crianças (própria e dos colegas), mas não existe entre a imagem que a criança ou adolescente faz de si e a que o professor possui. Curiosamente, e concordando com o que foi verificado por Lefkowitz e por Tessiny (1980), a concordância manifesta-se num grau moderado, na avaliação completada por colegas e professores.

Como vimos, dada a própria natureza da depressão e das características das populações infantis e juvenis, mostrou-se evidente a necessidade de, na sua avaliação, para além da própria criança ou adolescente se envolver um conjunto de outros informadores que possam relatar sobre o comportamento da criança-alvo (Kazdin & Petti, 1990). No capítulo sobre avaliação (capítulo 7) ficou saliente quanto a divergências entre avaliações realizadas por diferentes pessoas com diferentes estatutos e níveis de relação com a criança colocam dificuldades práticas e teóricas difíceis de superar, que se somam às limitações inerentes à avaliação da depressão em qualquer ponto do ciclo.

vida (Burgin, 1986; Rehm, 1988; Costello, 1986).

Os nossos dados e os de outros estudos anteriores sugerem-nos algumas interpretações. A percepção de cada avaliador, manifesta na informação que presta, ao ser apoiada em diferentes amostras da realidade (cada um tem acesso a diferentes imagens internas, externas, típicas deste ou daquele contexto) terá de demonstrar, necessariamente, imagens diferentes sobre o mesmo sujeito. O facto, adicional, de cada um interpretar a realidade observada e experimentada com base em construções cognitivas e experiências emocionais muito próprias, que influenciam a forma como cada um vê o real, faz-nos ainda sublinhar a inevitabilidade das discrepâncias encontradas.

Estas dimensões internas, filtros das experiências subjectivas e das vivências provenientes do contexto externo ao sujeito, podem interferir de duas formas no processo avaliativo e no acordo/desacordo entre avaliadores. Uma delas prende-se com as distorções da realidade que todos nós vivenciamos, de acordo com as expectativas e o *setting* cognitivo que possuímos; a outra, com possíveis alterações próprias ao estado de depressão, que influenciarão a auto-imagem dada pelo sujeito.

Relembrando as perspectivas cognitivas atrás referidas sobre a etilogia da depressão, foi então afirmado que é provável que os depressivos tenham uma forma enviesada de percepção e interpretar a realidade, a qual se traduz em mais atenção aos aspectos negativos da experiência, em auto-crítica desproporcionada e em atitudes de desvalorização face a si próprio e à sua vida, em geral, e de desesperança face à sua vida futura (Beck, 1976). Estas distorções podem interferir com os auto-relatos dos sujeitos que estão a viver a experiência depressiva, fazendo-os valorizar certos aspectos em detrimento de outros quando preenchem questionários

debruçados sobre o seu bem-estar ou mal-estar psicológico.

Não será necessário explicarmos as distorções apenas com base nas atitudes selectivas dos depressivos, pois mesmo em estado de não perturbação psicológica, cada um de nós possui um estilo interpretativo da realidade que interfere com a recepção e valor dado à informação, quer relativa a nós próprios, quer a relativa aos outros que nos rodeiam. Basta para tanto, pensarmos no efeito das "*self fulfilling prophecy*" ou no impacto da aparência física de uma criança (obesidade, sujidade) na aceitação por parte dos colegas.

Parece-nos então que, apesar do facto de cada um dos informadores (própria criança, colegas, professores) terem acesso a partes não coincidentes da realidade, ainda colocam sobre aquilo que experienciam ou observam conotações cognitivas e valorações emocionais, que deturpam a realidade observada. Perante estes factores, não era de esperar consonância, pelo que nos parece fazer pouco sentido a procura tão determinada, que a comunidade científica manifesta, em conseguir comprovar a existência de acordo entre avaliadores com estatutos e experiências tão diferentes.

1.3. Como conseguiremos conjugar, de forma eficaz e proveitosa as possíveis e eventuais diferenciações e desacordos provenientes do uso múltiplas fontes de avaliação, já que estas implicam diversas perspectivas sobre os comportamentos depressivos (subjectivas e objectivas), apoiadas em diferentes contextos e experiências, e exigem a comparação de métodos múltiplos para a sua recolha (Achenbach, 1990)? Com base nessas dissonâncias de perspectivas, a determinação da presença do problema deverá depender da avaliação de sinais de desconforto e desadaptação.

subjectivos, objectivos ou combinados? Uma das fontes avaliativas (próprio, colegas, professores) será mais competente que as outras para concretizar a avaliação deste problema?

Na sequência do que anteriormente ficou dito, parece-nos que a avaliação da depressão não pode dispensar a recolha de dados sobre a perspectiva que a própria criança possui de si e da sua experiência de vida, informação tanto mais importante quanto a vivência subjectiva de sofrimento (incluindo as ideias suicidas) pode não ser detectada, como vimos neste estudo, pelos seus professores, ou apenas ser levemente percebida pelos seus colegas. Que os adultos não detectem, nem superficialmente, quando uma criança com quem privam, de forma mais ou menos próxima, se está a sentir muito depressiva, é preocupante e alerta-nos, quer para a necessidade de preparar os professores para os sinais de depressão (Ines & Sacco, 1992), quer para a importância de ter na escola, de forma activa, um psicólogo que possa despistar e apoiar o problema.

Será que isto significa que é desnecessário recorrer a professores e a colegas na recolha de dados sobre a depressão de uma criança? A imagem veiculada pelos professores sobre o aluno, não se encontrando, nem sequer minimamente, relacionada com a depressão por ele sentida, indica, quanto a nós, a irrelevância em inquirir, junto dos professores, sobre a depressão dos seus alunos. Ainda que a justificação mais fácil para esta posição pudesse advir da pobreza de instrumentos para avaliar a depressão dos jovens na perspectiva dos professores, a negação do seu interesse vai mais longe, e apoia-se na inutilidade da informação prestada, por desconhecimento, por parte dos docentes, quer dos sinais típicos de depressão, quer das experiências mais internas dos seus alunos. Os dados

encontrados neste estudo, não só evidenciando a ausência de concordância entre as perspectivas da criança e do seu professor sobre a sua depressão, mas mostrando, nos dados omissos das respostas aos questionários, que os professores mostraram desconhecer muita da informação necessária para avaliar a depressão nos alunos (evidenciada no não preenchimento frequente, de muitos dos itens da sub-escala de depressão), confirmam os trabalhos de outros autores, atrás referidos (Ines & Sacco, 1992). As posições defendidas pelos técnicos de saúde mental que se debruçaram sobre este assunto, incentivaram, sempre, a continuação do investimento em termos empíricos, por forma a encontrar uma solução que permitisse justificar a importância do envolvimento destes técnicos educativos na avaliação da depressão infanto-juvenil. Esta não é, no entanto, a nossa posição. Somos peremptórios em afirmar que é desprovido de interesse recorrer aos professores para avaliar nesta área, sendo no entanto importante utilizá-los, como informadores complementares, na avaliação da depressão dos seus alunos: não sobre comportamentos e sinais depressivos, mas sim nas áreas escolar e social. A relação demonstrada entre a avaliação da depressão e a avaliação dos professores nestes dois domínios permite-nos defender que, para a compreensão da depressão nas crianças e adolescentes, se mostra relevante inquirir, junto dos professores, especificamente acerca da imagem que têm do aluno nestas duas áreas de funcionamento. Ao que parece, os comportamentos observáveis, o desempenho escolar e relacional são facilmente acessíveis e reconhecíveis pelos professores, porque mais objectivos e directamente ligados com o comportamento manifesto pelo aluno. Na relação estreita que os domínios da experiência escolar e social mostram evidenciar com a depressão, estas informações podem ser relevantes para auxiliar o psicólogo a formar uma

imagem holística do jovem depressivo.

A comparação da avaliação realizada entre a própria criança ou adolescente e a realizada pelos colegas sobre si, coloca-nos um outro conjunto de reflexões. A primeira provém do domínio metodológico. O facto do grau de acordo ou desacordo entre estes dois tipos de percepções não ser sempre igual, dependendo, não só dos indivíduos que os preenchem, mas dos instrumentos em uso (verificámos, por exemplo, que um dos instrumentos de auto-avaliação (CDI) se correlacionava mais com o de avaliação pelos colegas (PNID) do que o outro instrumento de auto-descrição (DSRS)) mostra que esta variabilidade é ainda mais complexa e não é só devida às perspectivas pessoais, mas influenciada, num certo grau, pela variabilidade do método. Contudo, esta influência mostra-se reduzida no nosso estudo, dado que as correlações consecutivas do mesmo instrumento de auto-relato são mais elevadas entre dois instrumentos de auto-avaliação diferentes do que entre o mesmo instrumento em aplicações sucessivas, separadas seis ou doze meses no tempo. Este dado põe em evidência que essa variabilidade metodológica não é de grande magnitude nas auto-avaliações.

O mesmo não se passa com as avaliações realizadas pelos colegas que demonstraram uma grande mudança temporal, evidenciada pela baixa correlação entre a mesma medida ao longo de aplicações consecutivas. Dado se tratar de um instrumento apoiado em nomeações e sabendo nós quanto as relações sociais entre os pares, sobretudo nos anos escolares mais baixos, são relativamente instáveis e quanto a apreciação dos comportamentos mútuos tem de situacional, é esperado que a imagem que a criança tem num momento acerca de um seu colega possa variar substancialmente numa avaliação efectuada seis meses, um, dois ou três

anos depois. Em concordância, a mudança da constituição da turma (ba para a avaliação nominal); subjacente ao instrumento PNID utilizará poderá trazer grandes alterações em quem é nomeado, pois é realizada uma comparação cujos termos se podem alterar, ao mudarem alguns dos alunos dessa comparação (o menino A podia ser um dos que parecia sempre triste no grupo-turma num dos anos da avaliação, mas no ano seguinte, com a entrada dos meninos B e C, ambos pouco felizes, o menino A deixa de ser dos mais tristes). Em simultâneo, a avaliação é feita por grupos de sujeitos que diferem de momento de avaliação para momento de avaliação, portanto não mudam só os sujeitos que são alvo da avaliação, mas também aqueles que são os agentes dessa mesma avaliação.

A utilização do PNID que, como vimos, é um instrumento que exige o seu completamento por toda a turma do sujeito em estudo, foi criticada por ser pouco viável no contexto clínico (Costello, 1986). É defendido, no entanto, o seu uso em investigação. A experiência da sua utilização no presente trabalho, espelhada nas anteriores asserções apontadas também para a sua utilidade limitada em estudos empíricos longitudinais. O seu interesse assenta sobretudo na possibilidade de servir como calibrador da imagem que os colegas têm da criança e do seu grau de integração social. O facto de, como vimos, as sub-escalas não depressivas do PNID (a de Felicidade e a de Popularidade) se mostrarem globalmente correlacionadas, de forma negativa, com as auto-avaliações de depressão pode justificar um pouco do interesse do uso do PNID, como uma forma de validar a auto-imagem dada pelo sujeito através da imagem dada pelos colegas. A forma como é visto pelos outros pode auxiliar na compreensão de si e do seu problema e no impacto possível que este problema pode ter junto do grupo dos pares. As relações sociais com os pares são, te

sabemos, um domínio fundamental para o desenvolvimento de algumas das competências e do seu bem-estar das crianças e jovens.

Salientamos, como ilustração da importância do uso do PNID na avaliação da depressão nas suas dimensões mais exteriorizadas, ligadas ao comportamento social, que os seus valores mostravam discriminar entre os deprimidos e os não deprimidos, nas mesmas variáveis demográficas, pessoais e escolares, que os instrumentos de auto-descrição. Da mesma forma, os resultados no PNID discriminavam entre deprimidos e não deprimidos, com base em domínios ou conteúdos comportamentais bastante coincidentes com os dos instrumentos de auto-descrição (a tristeza e o choro, a baixa auto-estima e a baixa auto-eficácia). Muito em particular, os seus resultados mostravam uma interessante conclusão quanto à variável "ser novo na escola", prestando uma informação importante, não reconhecível apenas através das auto-descrições. Relembramos que, enquanto que com base nas auto-descrições, as crianças que estavam pela primeira vez no colégio se descreviam como sentindo-se significativamente **mais** depressivas, apoiando-nos nos dados da avaliação feita pelos colegas, essas mesmas crianças eram vistas como **menos** deprimidas. É possível que a explicação deste facto se encontre no carácter de nomeação do instrumento, que levará as crianças a identificarem, mais vezes, os colegas novos - mais "presentes" porque diferentes e, portanto, mais lembrados. Esta hipótese não parece, no entanto, muito plausível, já que, durante o acto de resposta ao questionário, os sujeitos têm à sua frente uma folha com o nome de **todos** os colegas da turma. Não explicaria, também, porque razão as crianças ou adolescentes novos na escola eram, precisamente, avaliados como menos deprimidos. A reflexão sobre este ponto relega-nos para outro tipo de interpretação, a qual permite completar a justificação do

interesse eventual do uso deste instrumento na avaliação da depressão, elaborar em redor do comportamento muito particular das crianças que são novas nas escolas e da sensibilidade dos seus colegas para detectar as suas especificidades.

Provavelmente, o estatuto de "ser novo" implicará, para a criança que o vivencia, um esforço extra em ser aceite e integrado no grupo que, em princípio, desconhece. A procura de companheiros para jogos, de aliados, líderes ou "subordinados", nas hierarquias próprias a este como a outros grupos sociais, resultará em comportamentos que, para atingirem o seu objectivo de bem-estar e estatuto no grupo, poderão implicar que a criança ou adolescente se mostre feliz, bem disposto, prestável, positivo, amigo. Estes comportamentos são detectados pelo PNID, que leva à evidência de que esse menino/a é visto como menos deprimido. Em contrapartida, a criança "nova" não se sente necessariamente bem neste jogo social imposto pelas circunstâncias de mudança, e exprime o seu mal-estar na auto-avaliação, evidenciando-se como mais deprimido do que aqueles que já têm algum passado na escola, consequentemente, um estatuto social mais ou menos afirmado. Esta diferenciação entre aquilo que a criança pode mostrar em comportamentos exteriores aos outros, seus pares, e aquilo que ela realmente sente, é possível - só foi possível - através do uso comparativo com o PNID.

A defesa, atrás esboçada, de que não faça sentido utilizar esta escala em aplicações sucessivas, num formato de investigação com carácter longitudinal, deve ser feita com cuidado. O facto do preenchimento do questionário pela primeira vez, tanto como o preenchimento dos de seguimento, na avaliação, ter mostrado implicar uma inflação nas notas de depressão, apoia exactamente uma crítica, que aqui queremos levantar, aos est

que baseiam todos os seus dados apenas num momento avaliativo pontual. Se as crianças tendem a mostrar-se sistematicamente mais deprimidas, qualquer que seja o instrumento de auto-relato preenchido, ou a apontarem os outros como tendo níveis mais elevados de depressão, quando completam os instrumentos de avaliação da depressão pela primeira vez, isso põe em causa os valores encontrados em estudos que apenas usam uma medida da depressão ou aqueles que, utilizando duas medições, retiram do valor mais baixo da segunda conclusões sobre a eficácia terapêutica de eventuais intervenções realizadas de permelo. A baixa nos valores, apenas subsequente ao facto do sujeito estar a responder ao instrumento pela segunda vez, tem a ver com factores relacionados com o processo de aplicação em si, mais do que com factores relativos à depressão experimentada. Assim, é defensável, sobretudo em investigação, que não se apoiem os estudos apenas numa primeira aplicação do instrumento ou em duas aplicações mediadas pela manipulação da mudança terapêutica, devendo realizar-se duas avaliações iniciais, com um intervalo de tempo reduzido, antes de se introduzirem mudanças ou de se retirarem conclusões.

Parece-nos, em suma, que qualquer avaliação no campo da depressão infanto-juvenil deverá, sempre, apoiar-se na recolha de informação junto das próprias crianças ou jovens. Esta avaliação deve centrar-se, primordialmente, na perspectiva da própria criança ou jovem, para, em seguida, se alargar aos agentes sociais complementares. Entre estes encontram-se, com relevo, o grupo de pares, que foi já apontado como tendo oportunidades de criar uma imagem particularmente esclarecedora do sujeito em estudo, dada a posição de proximidade e contacto que possui com

ele, em diversos contextos e situações. Contudo, pelo facto dos colegas reconhecerem mal os estados depressivos sentidos pelas outras crianças relativiza a importância da sua perspectiva no processo avaliativo directa da depressão, não escamoteando, no entanto, o seu potencial papel para informar sobre a área social, a qual, segundo este e outros estudos, parece ter com a depressão uma relação importante.

Não esqueçamos que é necessário possuir uma visão transaccional e bidireccional da depressão infanto-juvenil (Monroe, Bromberg, Connel & Steiner, 1986): advogar, como mais relevante, a visão da própria criança ou adolescente sobre a depressão, não deve levar a interpretações intrapsíquicas sobre a sua natureza ou causalidade, mas apenas sublinhar como a imagem dada pela criança nos pode mais facilmente fazer aceder a essas variáveis descritivas e explicativas.

Merece aqui discussão se a melhor forma de recolher essa imagem será através do uso de questionários escritos de auto-decrição.

Foi já dito que as medidas de auto-avaliação de papel e lápis não tocam toda a complexidade das experiências vividas quando se está deprimido (Burgin, 1986), afirmação que secundamos. A utilização dos referidos instrumentos no presente trabalho empírico foi justificado pelos objectivos que o animavam, os quais pretendiam uma caracterização, em massa, de um grupo de jovens de diversos níveis escolares. Essa caracterização de um grande grupo impedia, por razões óbvias e possibilidades materiais e temporais, a utilização de outro tipo de recolha de dados individualizada e morosa, como a **entrevista comportamental** (Fernández-Ballesteros, 1992).

Vimos que, mesmo a tentativa de implementação de algum

entrevistas clínicas psiquiátricas junto dos sujeitos e das suas famílias falharam redondamente por falta de envolvimento dos mesmos. Este aspecto mostra a complexidade deste tipo de estudos em que os sujeitos envolvidos não se comprometem no processo avaliativo por mote próprio, não se encontrando, a maior parte das vezes, motivados para o seu seguimento. Em consequência, advoga-se que o uso de instrumentos como os utilizados no presente trabalho (questionários de papel e lápis, de auto ou hetero-avaliação) deva acontecer, preferencialmente, ou em situações de investigação clínica, ou em determinados momentos dos processos terapêuticos, como elementos de despiste e de orientação quanto à gravidade da depressão vivida. No entanto, será desejável a utilização da entrevista comportamental à criança/adolescente, à família e, em certas circunstâncias, ao professor, já que ao centrar-se, essencialmente, sobre a experiência actual da depressão e avaliar todo o seu contexto socio-relacional, a entrevista comportamental permitirá uma perspectiva situacional, interaccionista e dinâmica do problema. Esta utilização é justificável, quer a ela se associe ou não o uso de entrevistas clínicas de diagnóstico; estas últimas farão sentido no processo avaliativo se a necessidade em realizar uma classificação trazer alguns ganhos na comunicação do processo entre a comunidade científica ou se puder servir como guião orientador nas questões a colocar.

2. Questões relativas ao padrão de desenvolvimento patológico na depressão infanto-juvenil

A perspectiva desenvolvimentista era um dos importantes focos condutores deste trabalho, desde o seu início. Apesar de preferencialmente apoiada em reflexões e influências teóricas e pouco em dados empíricos (Kovacs & Paulaskas, 1984), a crença nas implicações do processo de desenvolvimento na expressão e vivência da depressão e dos efeitos da depressão nos processos adaptativos inerentes ao desenvolvimento (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1986) pareceram-me sempre uma certeza inabalável. Os resultados dos poucos estudos empíricos existentes sobre esta ligação, que, como vimos, frequentemente não a demonstram, pelo menos no sentido esperado (Kovacs & Paulaskas, 1984), haviam-nos trazido alguma desilusão. A busca de particularidades associadas a níveis etários ou escolares ou a níveis de competências cognitivas e emocionais trouxera dados confusos e, apesar do quase acordo universal sobre a antecipação de diferenças, dadas as mudanças internas em acção, não havia encontrado, ainda, um padrão atribuível ao desenvolvimento. A evidência da existência de um maior número de sujeitos depressivos para acompanhar o aumento da idade, foi talvez das conclusões mais unânimes (Kovacs, 1989), se bem que ela se encontrasse sempre misturada com a avaliação da gravidade e as mudanças na incidência a nível sexual. Para tentar ainda justificar e confirmar uma visão desenvolvimentista, surgiu o possível impacto negativo da depressão nas adaptações subsequentes, um aspecto igualmente pouco estudado e empiricamente confuso (Kovacs, 1989).

2.1. Existiria, na população deprimida aqui estudada, um padrão de desenvolvimento que acompanhasse a evolução temporal e se espelhasse na sua interacção com o ano escolar/idade do sujeito? Assim, teriam as crianças ou jovens de certos anos escolares tendência consistente em demonstrarem níveis mais ou menos elevados de depressão do que os de outros anos? Esse padrão acompanhava o evoluir do desenvolvimento, isto é, as crianças mais novas demonstrariam depressão menos grave do que as mais velhas?

Os resultados do presente trabalho não vieram dar um golpe de misericórdia numa perspectiva desenvolvimentista da depressão já empiricamente enfraquecida, uma vez que não exploram directamente todos os quadrantes sobre os quais se pode apoiar um estudo desenvolvimentista deste fenómeno, como sejam os aumentos de frequência com a idade, o efeito da presença da depressão nas competências cognitivas e socio-cognitivas, ou as diferenças na expressão do problema com base nessas competências; contudo, de alguma forma, tiram-lhe ainda um pouco mais de brilho, ao evidenciarem que a existência, em trabalhos anteriores, de padrões desenvolvimentistas pode ter sido resultado de artefactos metodológicos não controlados.

Na nossa amostra, as diferenças teórica, clínica e empiricamente conhecidas e esperadas (Harter, 1990; Kovacs & Paulaskas, 1984; Piaget, 1972) nas competências desenvolvimentistas (cognitivas, socio-cognitivas, emocionais), subjacentes aos sujeitos de diferentes níveis, não mostraram levar a diferenças na intensidade com que a depressão se manifesta, já que não foi discernível nenhum padrão de desenvolvimento, relacionando idade/ano de escolaridade com gravidade da depressão.

Quanto a nós, uma das conclusões que este trabalho mais mere sublinhar é a de que um rigoroso controle metodológico pode permitir perceber efeitos pouco discerníveis e identificar aqueles que sejam apenas laterais ao processo em curso. As diversas possibilidades provenientes da metodologia de recolha de dados do presente estudo levaram à negação de um padrão de desenvolvimento que, tivera o estudo apenas um momento de avaliação transversal, apenas um *design* de recolha longitudinal, ou apenas um instrumento para recolha de dados, teria "emergido" e levado a incorrectas conclusões e, porventura, a interessantes elaborações teóricas. Em estudos de campo como este, com muitos "ruídos de fundo" que influenciar os efeitos das variáveis, só um controle apertado das variáveis em jogo e a criação e confirmação permanente de hipóteses e replicações, pode levar a um conhecimento adequado dos resultados. No nosso caso, foi-nos dado conhecer que efeitos atribuíveis à passagem de instrumento, a subamostras particulares e a acontecimentos de vida poderiam induzir ao surgimento de padrões que, noutras circunstâncias metodológicas, seriam possivelmente interpretados como desenvolvimentistas.

Em anteriores estudos foram já atestadas diferenças a nível da frequência de incidências em função do nível etário, com indicação de aumento linear a acompanhar essa evolução (Esser et al., 1990; Rutter et al., 1977; Rutter, 1986). Este dado pode ser exemplificativo do tipo de erro em que se pode incorrer, já que, também no nosso trabalho, esse aumento linear foi encontrado. A não confirmação, metodologicamente apoiada, que a gravidade ou frequência crescente com a idade fosse devida ao desenvolvimento mostrou possíveis falácias nas conclusões a que alguma investigação pode aceder. O carácter real deste efeito de desenvolvimento

fora já contestado por alguns autores, tendo sido apontada a possibilidade, alternativa, deste efeito ser artificial, consequente às metodologias utilizadas (Rutter, 1976). Os nossos dados podem dar apoio a esta posição.

É possível que o índice utilizado (ano escolar) não seja um índice suficientemente sensível para detectar os efeitos do desenvolvimento (Kovacs, 1989). No entanto, a utilização de critérios etários directos ou mais ligados às teorias desenvolvimentistas, como sejam os estádios de desenvolvimento, veio mostrar, da mesma forma, não discernir efeitos (na expressão sintomática ou de gravidade) da depressão (Kovacs, 1989; Kovacs & Paulaskas, 1984).

Se foi possível confirmar a ausência de um padrão de desenvolvimento relacionado com a gravidade da depressão, foi-nos permitido aceder, através da análise das possíveis sequelas ou concomitantes do problema, à identificação de acontecimentos ou comportamentos desajustados, com eventuais implicações futuras nas competências dos sujeitos.

A este nível - o dos possíveis impactos da depressão na adaptação presente e futura da criança ou adolescente - foi sugerido, no presente estudo, que a reprovação escolar pode, em certos casos, vir a ser uma sua consequência. Cientes das implicações do insucesso escolar, já atrás discutidas (capítulo 2, ponto 1.2.2.), ao nível da imagem pessoal (auto e hetero), das atribuições causais para as tarefas, da auto-eficácia, e das relações sociais com colegas, professores e família, é possível antevermos, nalgumas crianças, repercursões bastante nefastas de todo este processo, do qual a depressão pode ser o ponto de partida. A implicação futura deste acontecimento, com tudo aquilo que acarreta, em

momentos mais ou menos próximos do ciclo de vida, terá ainda que ser explorada, em particular para perceber em que circunstâncias a depressão pode conduzir ao insucesso e quando o faz, se as áreas afectadas o são de forma pontual e específica, ou de forma generalizada a diversos domínios da vida do sujeito e às suas competências gerais de adaptação.

3. Questões relativas à persistência ou transitoriedade da depressão

Infanto-juvenil

A persistência, cronicidade, estabilidade e continuidade da depressão têm sido diversas formas de designar o estudo do mesmo fenómeno: saber se as crianças ou adolescentes ficam deprimidos por períodos de tempo breves ou prolongados e se, quando o deixam de estar, fazem de forma transitória, reincidindo algum tempo depois nos sintomas ou o fazem de forma permanente. A importância que tem sido atribuída a este tema está enraizada, não só nas ligações com a depressão na vida adulta, e a procura de possíveis raízes etiológicas na infância, como a possibilidade do esclarecimento desta questão particular trazer dados sobre a própria natureza da depressão - persistente e portanto provavelmente endógena, biologicamente determinada, ou, em contrapartida, transitória e, portanto, situacional e reactiva.

3.1. Serão as manifestações depressivas sindromáticas, em sujeitos jovens com idade superior a 8 anos (ou em níveis escolares acima do 3º ano do ensino básico), mais do que meros fenómenos transitórios de ajustamento (Lefkowitz, 1977; 1980) ? Poderemos confirmar o carácter de continuidade, estabilidade e cronicidade dos síndromas depressivos a

da vida adulta e assim apoiar empiricamente alguns indícios quanto ao significado clínico e gravoso deste problema nas idades mais jovens e nas populações "normais" (Edelsohn et al., 1998)? Ou, pelo contrário, assistiremos a uma atenuação na gravidade das manifestações depressivas avaliadas (Hodges & Siegel, 1985)?

A literatura existente neste domínio particular tem sido confusa, evidenciando dados em que sobressai um grau elevado de estabilidade na depressão infanto-juvenil, nas suas formas clínicas de síndrome ou de distúrbio (Cantwell, 1990; Kovacs et al., 1984a; Zeitlin, 1990) ou mostrando dados em que essa estabilidade não é confirmada (Clarizio, 1989).

Os resultados deste nosso trabalho parecem indicar que, com mais frequência, há atenuação e transitoriedade na depressão auto-avaliada e, portanto, que estamos perante um estado cognitivo-emocional, cujo carácter provisório nos permite uma interpretação contextual. Os dados oriundos dos grupos extremos de depressão e de não depressão concorrem neste sentido. No entanto, a interpretação não é simples e linear, já que foram também evidenciados casos, ainda que raros, em que a regra é a persistência de níveis de gravidade intensa - mesmo num período alargado de três anos - ou a sua reincidência ao longo dessa extensão temporal.

Estes resultados parecem ir em apoio da existência de mais do que um tipo de depressão (uma mais situacional e transitória e outra mais permanente e crónica), existência explicável por factores de várias ordens. Alguns autores defendem que as competências internas do sujeito, a associação com certo tipo de problemas, o impacto provocado, as variáveis de temporalidade associadas (como seja a idade de início), o grau de

incapacidade funcional associado, o nível de adaptação prévio e características dos contextos familiar e escolar envolventes, todos, covariarem, poderão provocar depressões diferentes e prognósticos divergentes (Esser et al., 1990; Cantwell, 1990; Clarizio, 1989; Kasahni Orvashel, 1988). A partir do nosso estudo, apenas podemos confirmar que em alguns casos, a presença de certos acontecimentos de vida (como seja entrada numa nova escola) podem associar-se a níveis mais elevados de depressão auto-avaliada. Se existem, nas crianças e adolescentes depressões qualitativamente diferentes e com outro tipo de origem e que os factores que fazem um tipo ou outro ser crónico ou transitório, estão ainda por revelar.

3.2. Será que os sujeitos que demonstram elevados níveis de sintomas num qualquer ponto do tempo exibem, tipicamente, perturbações prolongadas, permanentes e crónicas ou será que o sujeito consegue recuperar "espontaneamente", total ou parcialmente, do processo depressivo? Poderão assim as próprias crianças promover mudanças e alterações adaptativas, confrontarem-se com as deficiências e limitações próprias ao problema e superá-las?

Como vimos, na nossa amostra e na larga maioria dos casos, os sujeitos não se mostram deprimidos por prolongados períodos de tempo. Os jovens que se auto-avaliam como extremamente deprimidos num momento da avaliação têm uma probabilidade reduzida de se voltarem a auto-avaliar como extremamente deprimidos seis ou doze meses depois e têm uma probabilidade, cada vez menor, de se voltarem a classificar nesse grupo.

depressão grave, com a passagem do tempo (raros são os que se continuam a auto-avaliar como muito deprimidos dois ou três anos depois). No entanto, o facto de alguns dos sujeitos mostrarem reincidência em avaliações subsequentes, mesmo após avaliações intermédias em que não se mantêm no grupo dos mais deprimidos, coloca-nos interessantes questões.

Apesar da superioridade numérica marcada daqueles que recuperam completamente, na nossa amostra encontramos padrões estabilidade/instabilidade de depressão dos vários tipos: sujeitos evidenciando recuperação total, seis meses ou um ano depois; sujeitos demonstrando recuperação parcial (deixando de estar extremamente deprimido num momento, mas voltando a está-lo noutra ocasião posterior) e sujeitos que não evidenciaram qualquer tipo de recuperação, já que se encontravam, na sua própria perspectiva, permanentemente deprimidos. Interpretámos, anteriormente, estes dados, como sinal de formas diversas de depressão e colocámos a hipótese da superação do problema estar associada a diversos factores, quer mais internos e próprios ao sujeito (competências de *coping*, por exemplo), quer mais dependentes do meio escolar e familiar ou, de forma mais lata, do apoio social em geral. Dado que não acompanhámos cada caso de forma individual, não podemos eliminar hipóteses nem fazer predicções sobre prognósticos futuros. No entanto, não deixamos de sublinhar a conclusão, optimista, de rápidas recuperações e poucas reincidências na depressão destes sujeitos e de antecipar que, para essa recuperação, terão estado em causa, não apenas um dos tipos de factores acima referidos, como os exclusivamente dependentes das suas próprias competências, mas a sua interacção com vectores contextuais, tanto mais quanto a depressão se mostrou, no nosso estudo, situacional.

4. Questões relativas ao impacto da depressão no funcionamento adaptação presentes e futuras das crianças e jovens

A resposta a esta questão exige uma articulação com um certo optimismo deixado pela anterior. Os poucos estudos concretizados nesse domínio têm sugerido que o impacto da depressão pode ser gravoso para as competências e adaptações futuras da criança (Clarizio, 1989).

4.1. A presença de depressão implicará o desenvolvimento subsequente de disfunções em alguns domínios da vida da criança e adolescente?

O *design* do estudo, podendo identificar crianças que não estavam deprimidas e que começavam a estar no decorrer da recolha de dados e, em simultâneo, crianças que reprovavam no decorrer dessa recolha, permitiu evidenciar, ainda que com significâncias estatísticas baixas ou inconsistência entre as várias réplicas da análise, que a reprovção escolar pode vir a ser uma das consequências ou sequelas da vivência de depressão nas populações mais novas.

A deterioração académica já havia mostrado ser concomitante com a depressão (Bashir et al., 1987, citado em Kovacs, 1989). O facto de o nosso estudo ter mostrado a possível direcção causal dessa associação (e não negar que o insucesso leve a depressão e ao sugerir que o inverso pode ser verdadeiro) permite-nos efectuar algumas elaborações sobre o possível papel auto-perpetuador deste processo. Podemos antecipar que a depressão, uma vez instalada, interferirá com a aprendizagem escolar.

impondo as suas limitações e especificidades cognitivas, emocionais e motivacionais à forma como a criança se relaciona com o contexto escolar em geral e como desempenha as competências exigidas nesse processo de aprendizagem. Tendo nós visto como a reprovação pode alargar as suas influências negativas a vastos domínios do funcionamento da criança, em particular ao relacional, prevemos que o surgimento do insucesso na escola se siga de inúmeras outras experiências de insucesso e mantenha ou desenvolva a gravidade da sintomatologia experimentada pela criança ou adolescente. A ruptura na sequência "normal", esperada ou desejada, das tarefas de vida e de desenvolvimento, desencadeada pela depressão e por uma consequente reprovação escolar, pode vir, ao limitar o envolvimento em experiências e interações apropriadas à idade e nível de competência global do sujeito, a ter um impacto bastante negativo e prolongado.

O conhecimento de que entre os sujeitos que reprovam existe um maior número cujos pais estão separados/divorciados complexifica ainda mais as relações em jogo, em particular o impacto que as vivências familiares *stressantes* podem ter no desempenho escolar dos jovens sujeitos. A indisponibilidade física e psicológica dos pais para apoiar a criança/jovem nas suas actividades escolares, a alteração de ritmos e padrões globais de funcionamento ou a inconsistência e divergência nas regras, expectativas e exigências impostas pelos progenitores após a separação, são apenas algumas das inúmeras explicações possíveis para este facto. De qualquer forma, ele sublinha, mais uma vez, que os vários domínios da vida dos jovens não podem ser entendidos e estudados de forma independente e autónoma, dadas as inevitáveis implicações mútuas num sujeito uno.

As conclusões anteriores permitem-nos afirmar que a criança ou

adolescente depressivo necessitará, nalguns dos casos - em particular naqueles em que existe persistência de sintomas e, portanto, possível depressão de tipo mais estrutural - de uma intervenção psicológica especializada. Esta intervenção exigirá uma preparação cuidada do psicólogo para auxiliar essa criança ou adolescente a alterar a forma distorcida e generalizada com que vê o mundo. Em contrapartida, quando os sintomas depressivos são transitórios e reactivos a situações de vida pontual, o tipo de ajuda necessária será de outro nível de exigência. Entretanto, a transitoriedade dos sintomas não significa que a experiência de depressão não seja vivida, enquanto dura, com sofrimento e que não venha a ter sequelas ou efeitos nas competências e adaptação futuras dos jovens sujeitos. Parece-nos assim necessário que as escolas, quer através dos seus técnicos educativos, quer através dos seus técnicos de saúde mental, estejam atentas na identificação dos alunos que vivam experiências de transição, quer ligadas à própria escola (entrada de novo, repropagação, quer a importantes mudanças familiares (separação/divórcio). Estas experiências, como potencialmente provocadoras de desajustamentos nas crianças e adolescentes, devem ser alvo de acompanhamento e preparação (ao nível emocional, cognitivo, de aprendizagem de estratégias de coping, etc.), quer directamente nos jovens, quer no meio social que os envolve. A intervenção do psicólogo, centro deste apoio, não só no despiste dessas adaptações mais difíceis e dos sujeitos que as enfrentam com maiores dificuldades, quanto na acção junto dos adultos directamente relacionados ou envolvidos com o problema, pode vir a minorar o impacto destes acontecimentos na vida da criança e a imagem que tem e que os outros fazem de si.

5. Questões relativas à caracterização dos jovens deprimidos e às variáveis de risco e de protecção

Não tem sido fácil caracterizar as crianças e adolescentes deprimidos, em contraste com os que não manifestam essa desadaptação. Conceptualmente, têm sido propostos alguns perfis, que tendem a ser mais relacionados com o tipo de sintomatologia e, menos frequentemente, com variáveis pessoais ou contextuais. Esses perfis têm surgido associados a variáveis de risco e de protecção, dada a dificuldade em autonomizar os factores que discriminam cada um dos grupos e os factores que levam a essa discriminação.

5.1. O que parece caracterizar sintomaticamente (numa perspectiva empiricista e não de mera elaboração teórica) as crianças depressivas da nossa amostra, quando comparadas com as não depressivas, em função de variáveis pessoais, familiares e escolares? Na sequência dessa caracterização, é possível discernir factores externos e/ou internos associados ao surgimento, à persistência ou ao ultrapassar da problemática (mudanças do meio, variações no desenvolvimento, características pessoais ou a sua interacção)?

Apesar de ser criticável a "superficialidade" com que acedemos às informações relativas a estes domínios da vida da criança (com base num inventário de questões simples, respondido pela criança ou adolescente), os dados recolhidos mostraram-se, como vimos, interessantes. Assim, quando comparadas com as familiares, as variáveis relacionadas com a experiência escolar evidenciaram discriminar melhor entre os

sujeitos deprimidos e os não deprimidos da nossa amostra. O facto criança viver ou não com ambos os pais, o número de irmãos e o ano escolaridade não mostraram qualquer relação com o grau de depressão; contrapartida, os mais deprimidos caracterizavam-se por ser do sexo feminino, por serem novos na escola (segundo a auto mas não a hetero avaliação), por serem alunos do colégio A e por terem já tido a experiência da reprovação escolar. Do ponto de vista estatístico, estas diferenças eram no entanto, fracas, voltando a confirmar a dificuldade em encontrar claras diferenciações, neste tipo de estudos, entre o que distingue os jovens depressivos dos não depressivos.

Vimos, também, que o tipo de itens escolhido pelos sujeitos mostrava diferenciar entre os que se classificavam como deprimidos e os não deprimidos. A este nível podemos constatar a presença de emocionalidade negativa (humor depressivo, choro, zanga), da perda de prazer nas actividades e da incapacidade em se divertir, confirmando a importância dada a estes sintomas pelos sistemas de classificação e pelas definições do conceito (DSM-IV, APA, 1994). Em simultâneo, aspectos cognitivos, definidos como pertença da tríada de Beck (1967), como seja desespero quanto ao futuro e a baixa auto-imagem, associada à percepção de incompetência, salientaram-se igualmente na discriminação dos sujeitos deprimidos. Aspectos relacionados com a percepção das competências sociais, aqui também presentes como parte do núcleo caracterizador dos deprimidos (solidão, zanga fácil, crença de que os outros não gostam de nós), sublinharam a importância dada pelos depressivos às relações sociais. Finalmente, a intenção suicida presente de forma discriminante no grupo dos depressivos, veio a completar esta caracterização. Se estes conteúdos comportamentais ou sintomas evidenciam que a população esc

portuguesa em estudo, quando deprimida, parece experienciar o conjunto de sentimentos e pensamentos considerados nucleares para o diagnóstico de depressão, em qualquer idade; demonstram igualmente que os depressivos aqui estudados não salientavam possuir, como centrais, sintomas vegetativos ou motivacionais.

A consistência da presença destes sintomas, nas várias aplicações e no total dos instrumentos, reafirma o seu valor na experiência depressiva nos nossos jovens.

5.2. Existem padrões epidemiológicos específicos associados ao sexo dos sujeitos (Achenbach, 1990) ?

Fomos encontrar, na nossa população, duas diferenciações apoiadas na variável "sexo": a presença de maior gravidade de depressão nas raparigas e a discriminação entre rapazes e raparigas ao nível das escolhas das respostas aos instrumentos de auto-relato.

O primeiro dado vai, de alguma forma, de encontro aos resultados patentes na literatura, em particular na literatura com pós-púberes (Kashani et al., 1987). Dado não ter sido feita uma separação entre os níveis etários nas análises sexuais efectuadas, não podemos perceber se esta proponderância está presente de forma constante ao longo de todos os níveis escolares/etários, ou se se demonstra, mais intensamente, tal como é comum noutros estudos, após a entrada na puberdade. O segundo dado completa este, ao sugerir que as crianças e adolescentes do sexo feminino, discriminando-se dos do sexo masculino com base nos problemas alimentares, na auto-estima, na auto-eficácia, na emocionalidade negativa interiorizada (tristeza, choro, desinteresse) e na importância dada à família

e aos amigos, reproduzem esteriótipos culturais associados à imagem feminina. Este dado é ainda mais saliente quando se compara com comportamentos ou sintomas que discriminam os rapazes, a saber, exteriorização das emoções (brigas, zanga, intenção suicida...), os aspectos cognitivos (atribuições pessoais dos acontecimentos negativos e expectativas negativas de futuro), os problemas de sono, as preocupações com a saúde e as dificuldades na experiência escolar. Que a experiência interior (emocional) caracterize a rapariga e a exteriorização caracterize o rapaz faz parte da imagem veiculada e estimulada pela nossa cultura, tal como faz que a vivência das emoções e os aspectos mais relacionais caibam à rapariga e a racionalização ao sexo masculino; no entanto, era menos esperado que os rapazes salientassem os problemas com a saúde, bem como a experiência escolar, como fundamentais, em contraste com as raparigas para as quais estes não são discriminantes.

Se associarmos a preocupação veiculada pelos elementos masculinos às expectativas negativas que atribuem ao futuro com a importância que dão à escola, com as atribuições negativas que se fazem quanto às coisas negativas e más da vida que os rodeia e com as ideias suicidas, podemos colocar a hipótese de nos encontrarmos face a uma geração de jovens rapazes preocupada com o dia de amanhã, mas com pouca esperança naquilo que de bom ele possa ter para dar. Quanto às raparigas, o facto de se auto-desvalorizarem a diversos níveis e sentirem sós - quer isoladas de amigos, quer da família - coloca igualmente preocupações quanto às expectativas presentes e futuras que podem face à sua felicidade pessoal - não só na satisfação e crescimento provém das relações sociais, mas igualmente no bem-estar que advém nos sentirmos bem connosco mesmos.

5.3. Com o objectivo de prevenir o aparecimento de síndromas depressivos ou intervir precocemente aquando da sua ocorrência, podem discriminar-se as crianças com necessidade de apoio psicológico, de acordo com certos acontecimentos de vida que experienciam ou de certos comportamentos ou sintomas que manifestam?

Neste estudo evidenciaram-se dois acontecimentos de vida que podem ter um papel de ruptura na vida das crianças e dos adolescentes: a entrada numa nova escola e a reprovação escolar. Associadas a ambas encontram-se elevados níveis de depressão; associada à reprovação encontra-se a intenção suicida e a separação dos pais. Ambos os acontecimentos são facilmente identificáveis pelos técnicos educativos ou pelo psicólogo, permitindo, no primeiro caso, vir a prevenir possíveis desadaptações à nova instituição e à nova rede social e, no segundo, a auxiliar o jovem na redução do impacto negativo que o acontecimento de insucesso possa ter para si e para os que o rodeiam. Neste último caso, pelo facto de se encontrar associado à separação conjugal, pode permitir ao psicólogo apoiar a criança em possíveis alterações familiares stressantes que estejam a acontecer ou tenham recentemente ocorrido. Finalmente, já que a reprovação pode vir a ser, por vezes, uma consequência da depressão, deve o psicólogo explorar a possibilidade da presença desta entidade clínica junto das crianças com insucesso escolar, actuando terapêuticamente sobre possíveis perturbações cognitivas, emocionais, motivacionais ou outras que estejam a justificar o insucesso.

A presença de ideação suicida, quando detectada através de instrumentos de avaliação da depressão ou de outros meios, deverá, como é

óbvio, desencadear o apoio psicológico necessário ao jovem que a manifesta. O mesmo se passa com a manifestação de níveis elevados de depressão que, se em certos casos eles são transitórios, a possibilidade da manutenção ou da sua reincidência, patente noutros casos, deve chamar a atenção do técnico de saúde mental; o objectivo, no próximo futuro, é perceber o que diferencia estes vários tipos, para se actuar, com atenção particular, nos casos crónicos.

6. Questões relativas à ligação entre depressão e suicídio na população escolar jovem

Foi defendida, no ponto 1.4. do capítulo 2 deste trabalho a ligação entre depressão e suicídio. Vimos como nas populações jovens a natureza dessa ligação não se encontra ainda percebida com clareza: a depressão foi já entendida como um possível factor causal para o suicídio ou como uma sua consequência, e o suicídio foi já percebido como um sintoma da depressão. Ambos foram também entendidos como independentes, apenas relacionados por um elemento cognitivo mediado (desespero quanto ao futuro) e/ou por factores de risco em comum coincidentes. Como certa, parece estar a sua frequente associação.

Como vimos nesse mesmo capítulo, a literatura de outros países tem tendido a mostrar níveis elevados de ideação suicida em populações de estudantes de adolescentes, apesar da explicação para esse facto não encontrar exploração.

6.1. Será que o auto-relato sobre pensamentos e desejos suicidas é comum na população portuguesa do ensino básico e secundário e que a presença desta variável se encontra associada com níveis de depressão mais elevados?

A análise realizada com base no item nº 9 do instrumento de auto-descrição CDI, versando sobre pensamentos e desejos suicidas, mais ou menos intensos, mais ou menos concretizáveis, trouxe-nos conclusões muito preocupantes. Com efeito, a quantidade de sujeitos que, na nossa amostra, escolheu a opção não patológica desse item ("Não penso em matar-me") foi extremamente reduzida (com N iguais a 79, 61 e 49 sujeitos, consoante estávamos na 3ª, 4ª ou 5ª aplicação, num total de 814, 1261 e 998 sujeitos, respectivamente) e foi muito elevado o número de sujeitos que optou pela segunda alternativa ("penso às vezes em matar-me mas nunca o farei"), com o número de sujeitos a oscilar entre 419, 608 e 490, respectivamente para as aplicações e para os N totais acima referidos. A terceira opção, aumentando de gravidade, e que surgia formulada como "Penso muito em matar-me e sei que sou capaz de o fazer" era escolhida, de novo respectivamente, por 263, 497 e 370 jovens, sendo a opção considerada mais patológica e mais grave, relativa a "Quero matar-me", referenciada por 53, 99 e 86 sujeitos. Como interpretar estes números?

Vimos que, nas populações jovens, se colocam problemas complexos na identificação e interpretação de actos que podem ser rotulados como tentativas de suicídio. Nas crianças de idades mais precoces, duvida-se se se trata de actos deliberados ou de acidentes atribuíveis a falta de informação e/ou a limitações desenvolvimentistas, associados a negligência dos elementos do meio relacional circundante que

deixam acessíveis à criança produtos letais. No presente estudo lidamos não com um acto real, mas com a expressão de intenções e de desejos relativos a actos, facto que nos coloca um outro tipo de dúvidas.

Podemos começar por colocar a hipótese de que as crianças e adolescentes não tenham dado respostas verdadeiras, ou seja, tenha respondido de forma não consonante com os seus reais desejos, motivações ou intenções. Esta hipótese pode justificar-se se o item desencadear, nesses sujeitos jovens, reacções de estranheza ou de jocosidade, que os levará a escolher as opções (teoricamente consideradas) mais graves, mas em não coincidentes com a sua experiência interna. A apoiar este facto pode relatar-se que após as aplicações dos instrumentos, este item era o mais comentado entre os alunos. No entanto, seria possível, que tal acontecesse a um número tão elevado de sujeitos? Parece pouco crível que a larga maioria das crianças e adolescentes adoptasse, neste item particular, por um comportamento de não veracidade. É igualmente duvidoso que o fizesse apenas em relação às opções centrais das escolhas em jogo e não em relação à opção entendida como mais grave, a qual determina, sem rodeios, o desejo de auto-infringir a morte. Com efeito, esta última escolha mostra frequências francamente mais baixas de sujeitos do que as duas anteriores escolhas, apesar de ainda serem superiores ao número evidente na opção não patológica. A associação com a classificação dos sujeitos em deprimidos e em não deprimidos (grupos extremos) evidencia que as escolhas são baseadas no bem-estar versus mal-estar psicológico, já que a percentagem dos sujeitos que se auto-avaliam como inteiramente não deprimidos e que escolhe a primeira opção ("não penso em matar-me"), nas três aplicações é de cerca de 95%, evidenciando-se apenas três sujeitos deste grupo que escolhem a opção mais patológica. Estes resultados parecem ir no sentido

de apoiar a hipótese de veracidade nas respostas, deixando-nos a reflectir sobre o significado de ter números tão elevados de sujeitos a dizerem que às vezes pensam em matar-se, mas nunca o farão ou, num número mais reduzido, mas igualmente muito elevado, que pensam muito em matar-se e sabem que são capazes de o fazer.

Se associarmos estes dados aos atrás referidos que nos dão conta de elevados níveis de depressão global nesta amostra, quando comparados com outros sujeitos com características semelhantes de outros países, verificamos que estamos face a um padrão profundamente preocupante: a ideia que aqui nos fica é de que, globalmente, as crianças e adolescentes aqui avaliados se sentem mal, a ponto de pensar na morte.

Como nos dizia Kovacs em 1989, a idade e a experiência parecem interferir com a atitude ou o comportamento suicida. É assim que vemos os rapazes, mais velhos e com experiência de insucesso académico a se apresentarem como tendo mais pensamentos relacionados com o desejo de morrer. Ligando isso ao facto deles, mais do que as raparigas, se preocuparem com o futuro, se centrarem bastante na experiência escolar e anteciparem más experiências, podemos questionar-nos sobre o tipo de imagem de vida que a nossa sociedade transmite, presentemente, a estas gerações e que o sistema de ensino em geral e as escolas, em particular, veiculam.

A homogeneização dos níveis de depressão relatados após algum tempo de permanência nas escolas merece também alguma reflexão. Seria louvável que com a entrada, de novo, numa certa escola, a criança ou adolescente viesse a reduzir o nível de depressão com que entra; menos louvável é, no entanto, que aqueles que entram com níveis mais baixos

venham a aumentar os níveis de depressão com que subsequentemente avaliam. Este dado estimula a nossa atenção, sobretudo quando associado a um outro: o da possibilidade de certos contextos escolares serem depressogêneos. Vimos como os sujeitos de um dos colégios eram significativamente mais deprimidos do que os do outro estabelecimento de ensino, confirmando, mais uma vez, a qualidade contextual da depressão aqui avaliada, mas, mais do que isso, fazendo-nos reflectir sobre factores que podem levar a essa situação. Se relembrarmos que as variáveis escolares demonstraram, no nosso estudo, ser muito mais importantes na determinação de quem está ou não deprimido, quando comparadas com as variáveis familiares, a importância da escola na vida das nossas crianças e adolescentes sobressai bastante valorizada. Se a escola pode ser um contexto que impõe negatividade nas percepções que a criança ou adolescente têm de si, muito há a rever na política educativa das instituições escolares do nosso país.

4.2. AS QUESTÕES SEM RESPOSTA

O presente estudo, quer pelas suas potencialidades, quer pelas suas limitações, estimulou ao surgimento de um novo conjunto de questões conceptuais.

Em primeiro lugar, ele cria a necessidade de perceber quais as diferenças entre as crianças e adolescentes que experienciam depressões intensas, transitórias e aqueles que as vivem de forma prolongada. O formato deste estudo não o permitiu perceber, colocando-se a hipótese de que estudos de diagnóstico mais individualizados (envolvendo competências individuais e as experiências de vida de cada sujeito

accedendo a classificações diagnósticas e a entrevistas comportamentais com um contexto social mais alargado), poderão vir a permitir-nos responder a esta dúvida.

O acesso ao conhecimento da transitoriedade da auto-classificação num determinado grupo de depressão ou de não depressão não nos informou sobre o tipo de transição. Ficou em dúvida qual o nível de depressão (mais de um desvio padrão acima da média ou menos de um desvio padrão acima da média) ou qual o nível de não depressão (mais do que desvio-padrão abaixo da média ou menos do que um desvio-padrão abaixo da média) os sujeitos vêm a integrar. Em particular, interessava-nos perceber se essa mudança de grupos levava a uma alternância indiscriminada entre os grupos, ou se um sujeito originalmente classificado como no grupo extremo de depressão, não transita, como regra, para o seu extremo simétrico de não depressão entre avaliações mais ou menos espaçadas. A resposta à questão das mudanças se darem apenas entre grupos contíguos ou de implicarem saltos entre grupos extremos trará informações mais aprofundadas sobre a natureza da depressão e as suas possíveis implicações na continuidade do problema pela vida fora.

Dado que esta investigação apenas abordou um dos ângulos da relação depressão-desenvolvimento (o das mudanças na gravidade da depressão em função do nível escolar/etário) salienta-se, também, o interesse em explorar a perspectiva desenvolvimentista a partir de todos os seus ângulos, para determinar, inequivocamente, se existe, e de que forma se manifesta, essa relação. Estudar, por exemplo, o grau de discriminabilidade dos sintomas em função do nível escolar/etário pode permitir-nos aceder à discriminação de possíveis factores de desenvolvimento que afectem agora não a gravidade, mas sim a expressão

da depressão infantil e juvenil.

Foi já afirmada a necessidade de independentizar, na investigação, os dados relativos ao sexo e à idade dos sujeitos, por forma a confirmar algumas sugestões saídas de estudos empíricos, de que a maior frequência e gravidade da depressão nas raparigas se verifica, apenas após a puberdade. pelo facto de não termos realizado análises separadas não podemos deixar esclarecido se, na população, a maior gravidade encontrada junto da população feminina, é típica de certos níveis escolares/etários ou comum a todos esses níveis.

Encontramos, neste estudo, a possibilidade da reprovação escolar vir a surgir como um efeito negativo da depressão. Que outras consequências poderão advir da experiência desta entidade clínica? Se as implicações se notam no contexto escolar, é provável que sejam vividas igualmente, no contexto familiar. A superficialidade com que o presente trabalho avaliou este contexto não permitiu perceber o real impacto da família na etiologia e nas consequências das manifestações depressivas. É possível que a ausência de associação entre as variáveis familiares aqui estudadas e a gravidade da depressão, contrariando alguma da literatura referida, possa apenas ser devida à pobreza da forma como estas variáveis foram investigadas no presente trabalho, quer em termos quantitativo quer qualitativos. Necessita-se, assim, de uma avaliação mais completa da área familiar para concluir, com segurança, do seu peso na etiologia e manutenção da depressão nestas idades.

Qual o prognóstico das crianças e adolescentes muito deprimidos que evidenciavam ideação suicida igualmente grave? A que levarão, no futuro, estas cognições: à passagem ao acto, com a concretização de tentativas de suicídio, ou à sua ultrapassagem, como meros fenómenos

transitórios e pouco influentes na adaptação do jovem? O presente trabalho não acompanhou a evolução destes sujeitos, deixando portanto em aberto algumas questões, não apenas relacionadas com o conhecimento científico do problema mas, essencialmente, com aspectos éticos, terapêuticos e preventivos. É desejável que um outro estudo possa continuar o acompanhamento destes jovens ou de outros na mesma situação, e que avalie a gravidade e impacto deste tipo de ideias e desejos na população estudantil "normal".

Vimos que entre as limitações deste trabalho se encontrava o tipo de instrumentos utilizados. A possibilidade de desenvolver um estudo sobre depressão, com a população portuguesa jovem, usando instrumentos avaliativos como a entrevista comportamental ou/ e a entrevista de diagnóstico clínico, permitirá, porventura, um aprofundamento de aspectos descritivos e explicativos superior ao que esta tese conseguiu.

Necessitam igualmente ser exploradas as variáveis contextuais que levam um colégio - e não o outro - a potenciar a depressão. A detecção dessas variáveis (entre as quais podemos colocar, hipoteticamente, uma maior exigência no sucesso académico, pouca atenção e valoração de variáveis e potenciais pessoais que não apenas o rendimento escolar; maior rigidez de regras, relações mais distantes e menos apoiantes entre professores e alunos, o grau de autonomia e poder nas decisões relativas à experiência escolar) poderá trazer-nos informações relevantes para a elaboração de propostas educativas que estimulem o bem-estar dos jovens sujeitos e previnam o aparecimento de depressões reactivas a contextos educativos "patogénicos".

A contração, no presente estudo, numa amostra de sujeitos de classe social média e média-alta não nos permite a generalização dos

resultados para outros grupos. Entre o conjunto de variáveis ecológicas estudar na caracterização das instituições educativas, saliento também interesse em analisar outro tipo de estabelecimentos de ensino, abrangendo sujeitos de meios socio-culturais mais desfavorecidos.

4.3. AS IMPLICAÇÕES E AS PROPOSTAS

Como técnicos de saúde (e não de doença) mental, interessados em simultâneo, no avanço da ciência psicológica e no bem-estar das populações pré-adultas, retirámos três implicações fundamentais des trabalho.

A primeira pretende sublinhar que, a partir dele, podemos confirmar quanto é indispensável, quer para o avanço da ciência, quer para uma política educativa promotora de oportunidades para o desenvolvimento e funcionamento óptimos dos jovens, que se integre a investigação com a realidade pessoal e social concreta das instituições educativas - afastando as questões conceptuais e empíricas da psicologia educacional e da psicoterapia do reino da abstração.

A segunda, subsequente aos ganhos metodológicos encontrados pelo formato empírico utilizado, quer deixar claro que, para conseguir frutificar os seus resultados e ter um impacto enriquecedor na vida dos indivíduos, a investigação psicológica deve tornar-se metodologicamente mais complexa, fazendo confluír procedimentos e tecnologias, mesmo que mais exigentes e arriscados, e introduzir inovação.

A terceira, prende-se com a importância que a escola veio demonstrar, no decorrer deste estudo, para a adaptação psicológica dos jovens sujeitos avaliados. Infelizmente, essa importância revelou-se p

negativa, evidenciando como as experiências difíceis ou os insucessos nesse contexto podem levar as crianças ou adolescentes a viverem elevados níveis de afectividade negativa. É possível que as imagens culturalmente veiculadas sobre a importância que é dada à escola pela família, pela própria instituição escolar no seu todo, e pela sociedade em geral, exerçam uma forte pressão sobre as populações jovens, levando as crianças e os adolescentes a percepcionarem o sucesso no contexto escolar como o valor acima dos valores. A sua qualidade enquanto pessoas parece assim reduzida às competências que demonstram para atingir um rendimento positivo ou elevado nas tarefas de aprendizagem escolar.

Como psicólogos, com intervenção activa na escola, não podemos deixar de alertar para a premência em identificar e controlar os factores que estimulam ao desajustamento e mal-estar dos jovens dentro da escola, reduzindo, nesse processo, o sucesso escolar, às suas devidas dimensões. Para isso, deve a escola reflectir sobre os objectivos que possui para a educação dos jovens que alberga, - colocando em discussão se pretende um desenvolvimento equilibrado e global dos seus alunos, envolvendo o crescimento socio-emocional, a adaptação às suas necessidades de indivíduos especiais, em crescimento, e permitindo-lhes um envolvimento mais autónomo e maior controlo sobre a sua aprendizagem - ou se a sua acção se pretende apenas ligada ao ensino de conteúdos distanciados da vida, desmotivantes, leccionados através de agentes educativos pouco valorizados, descrentes da sua eficácia e, eles próprios, desinteressados da experiência de ensino. A auto-valorização, a crença em si próprio e no futuro e a vontade de viver, só podem advir de meios escolares, familiares e sociais que valorizem, acreditem, motivem e tragam esperança.

O relevo destas mudanças é tanto mais importante quanto, como

aqui ficou patente, o entendimento científico das desadaptações psicológicas nas crianças e adolescentes, como é o caso da depressão, não parece poder apoiar-se em modelos únicos, lineares e exclusivamente internos, dever integrar os contextos relacionais que envolvem o ser desenvolvimento.

Que as implicações deste trabalho ganhem corpo e que venha contribuir para algumas das mudanças, tão desejadas e necessárias, esboçadas.

"O caminhante, avistando as estradas para a Verdade,
Cobertas de ervas daninhas,
Ficou perplexo com o que via.

"Ah", murmurou, "ninguém passa aqui desde há muito tempo.
Aproximando-se, verificou que cada erva terminava numa face pontiaguda.

Reflectindo, acabou por concluir

"Não há dúvida", disse, "há concerteza outros caminhos".

Autor norte-americano desconhecido

... e a sua importância para a sociedade. A pesquisa foi realizada em uma escola pública de uma cidade do interior de São Paulo, com a participação de 20 alunos do 5º ano do Ensino Fundamental. Os dados foram coletados por meio de questionários e entrevistas semiestructuradas. Os resultados indicam que a maioria dos alunos possui uma visão positiva sobre a importância da leitura e da escrita para o desenvolvimento pessoal e profissional. No entanto, também foram observadas algumas dificuldades relacionadas à falta de acesso a materiais de leitura e à falta de orientação adequada por parte dos professores.

Conclui-se que a leitura e a escrita são habilidades essenciais para a cidadania e a participação social. Portanto, é fundamental que as escolas públicas ofereçam condições adequadas para o desenvolvimento dessas habilidades, incluindo a disponibilização de materiais de leitura e a formação continuada dos professores. Além disso, é importante envolver a família e a comunidade no processo de aprendizagem, criando um ambiente propício para a leitura e a escrita.

A pesquisa foi realizada em uma escola pública de uma cidade do interior de São Paulo, com a participação de 20 alunos do 5º ano do Ensino Fundamental. Os dados foram coletados por meio de questionários e entrevistas semiestructuradas. Os resultados indicam que a maioria dos alunos possui uma visão positiva sobre a importância da leitura e da escrita para o desenvolvimento pessoal e profissional. No entanto, também foram observadas algumas dificuldades relacionadas à falta de acesso a materiais de leitura e à falta de orientação adequada por parte dos professores.

Conclui-se que a leitura e a escrita são habilidades essenciais para a cidadania e a participação social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. (1927). The infatigable prototype of melancholic depression. In Selected papers of Karl Abraham (pp.418-502). New York: Basic Books
- Abramson, L. Y., Alloy, L.B., Metalsky, G. I. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Achenbach, T. M. (1978). The child behavior profile: I. Boys 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 478-488.
- Achenbach, T. M. (1979). The child behavior profile: II. Boys 12-16 and Girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 223-233.
- Achenbach, T. M. (1985). Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology. Beverly Hills, CA: Sage.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The Child Behavior Profile I: Boys aged 6 -11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 478-488.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: Thomas M. Achenbach, Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1985). *Manual for the Revised Child Behavior Checklist and Profile*. Burlington, VT.: University Associates in Psychiatry.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlation for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Adelman, H. S. & Taylor, L. (1988). Clinical child psychology: fundamental intervention questions and problems. *Clinical Psychology Review*, 6, 636-665.
- Afonso, H. (1991). Parenting after divorce: mother's perception of the parental relationship with their former spouses. *Comunicação*

apresentada no 6th International Congress on Family Therapy: *Divorce and Remarriage: Interdisciplinary issues and approaches*. Jerusalém, Israel.

Afonso, H. (1992). Padrões de queixas conjugais e adaptação à separação conjugal. Comunicação apresentada no Painel Factores de vulnerabilidade e de protecção na adaptação psicológica, realizado no âmbito do *III Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Lisboa.

Afonso, H., Calheiros, M. (1992). Relação parental na situação de divórcio/separação conjugal. *Psicologia*, VIII (2), 203-210.

Akiskal, H. S. (1979). A biobehavioral approach to depression. In I. M. Depue (Ed.), *The psychobiology of depressive disorders* (pp. 437). New York: Academic Press.

Albert, N., & Beck, A. T. (1975). Incidence of depression in adolescence: A preliminary study. *Journal of Youth and Adolescence*, 4, 301-307.

Almquist, F. (1988). Predictive signs for adolescent disturbance: A method for identification of children at risk. *Psychiatra Fenica*, 19, 8.

Altman, E. O., & Gotlib, I.H. (1988). The social behavior of depressed children: An observational study. *Journal of Abnormal Psychology*, 16 (1), 29-44.

American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed. rev.). Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anastasi, A. (1990). *Psychological testing* (6ª ed.). New York: MacMillan.

Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). Prevalence of DSM-III disorders in a large sample of preadolescent children from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.

Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression. I. Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 617.

Anthony, E. J. (1975). Childhood Depression. In E. J. Anthony & Benedek (Eds.), *Depression and human existence*. Boston: Little Brown.

- Arieti, S., & Bemporad, J. (1978). Severe and mild depression. New York: Basic Books.
- Arieti, S., & Bemporad, J. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1360-1365.
- Armsden, G.C., McCauley, E., Greenberg, M.T., Burke, P. M., & Mitchell, J. R. (1990). Parente and peer attachment in early adolescent. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18 (6), 683-697.
- Asarnow, J. R. (1988). Peer status and social competence in child psychiatric inpatients: A comparison of children with depressive externalizing, and concurrent depressive and externalizing disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (2), 151-162.
- Asarnow, J. R., & Ben-Meir, S. (1988a). Children with schizophrenia spectrum and Depressive disorders: A comparative study of premorbid adjustment, onset pattern, and severity of impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29 (4), 477-488.
- Asarnow, J. R., & Carlson, G. A. (1985). The Depression Self-Rating Scale: Utility with child psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (4), 491- 499.
- Asarnow, J. R., & Carlson, G. A. (1988a). Suicide attempts in preadolescent child psychiatry inpatients. *Suicide and Life-threatening behavior*, 18 (2), 129-136.
- Asarnow, J. R., & Carlson, G. A. (1988b). Childhood depression: five-year outcome following combined cognitive-behavior therapy and pharmacotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, XLII (3), 456-466.
- Asarnow, J. R., Carlson, G. A., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 361-366.
- Asarnow, J.R., & Bates, S. (1988). Depression in child psychiatric inpatients: cognitive and attributional patterns. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 601-615.
- Axford, S., & Jerrom, D. W. A. (1986). Self-esteem in depression: A controlled repertory grid investigation. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 61-68.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Nessesroade, S. R. (1988). *Life-span developmental psychology: Introduction to research methods*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

- Baptista, A., Névoa, F., & Skozaka, S. (1990). Depressão na infância e adolescência: validação de um inventário de depressão em crianças. 5^{as} Jornadas de Terapia do Comportamento, Lisboa.
- BarracloUGH, B. (1987). Sex Ratio of Juvenil Suicide. *Journal of American Academy of Adolescent Psychiatry*, 26 (3), 434-435.
- BarracloUGH, B. Bunch, J., Nelson, B., & Sainsbury, P. (1974). A hunc cases of suicide: clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 25, 355-373.
- Barrera, M., & Garrison-Jones, C. V. (1988). Properties of the P Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (3), 273.
- Barrios, B. A., (1988). On the changing nature of behavioral assessment. In A. S. Bellack & M. Hersen, *Behavioral assessment* (pp.3-12). New York: Pergamon Press.
- Bates, J. E. (1986). The measurement of temperament. In R. Pomin & Dunn (Eds.). *The study of temperament: Changes, continuities, and challenges* (pp. 1-12). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Battle, J. (1978). The relationship Between self-esteem and depression. *Psychological Reports*, 42, 743-746.
- Battle, J. (1980). The relationship between self-esteem and depression among high school students. *Perceptual and Motor Competence*, 51, 157-158.
- Battle, J. (1987). Relationship between self-esteem and depression among children. *Psychological Reports*, 60, 1187-1190.
- Beardslee, W. R., Klerman, G. L., Keller, M. B., Lavori, P. W., Podorefsky, D. L. (1985). But are they cases? Validity of DSM major diagnoses in children identified in a family study. *American Journal of Psychiatry*, 142, 687-691.
- Beardslee, W., Bemporad, J., Keller, M., & Klerman, G. (1983). Children of parents with major affective disorder: A review. *American Journal of Psychiatry*, 140, 825-832.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1974). The development of depression: A cognitive model. R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.). *The Psychology of depression: contemporary theory and research* (pp. 3-12). Washington, D.C.: V.H. Winston.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*.

York: International Universities Press.

- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, An International Quarterly*, 1 (1), 5-37.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Beck, D. C., Calson, G. A., Russell, A. T., & Brownfield, F. E. (1987). Use of depression rating instruments in developmentally and educationally delayed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (1), 97-100.
- Beer, J. (1989). Relation of divorce to self-concepts and grade point averages of fifth grade school children. *Psychological Reports*, 65, 104-106.
- Beer, J. (1989). Relationship of divorce to self-concept, self-esteem, and grade point average of fifth and sixth grade school children. *Psychological Reports*, 65, 1379-1383.
- Bemporad, J. R., & Wilson, A. (1978). A developmental approach to depression in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 6, 325-352.
- Bemporad, J. R., & Won Lee, K. (1984). Developmental and psychodynamic aspects of childhood depression. *Child Psychiatry and Human Development*, 14(3), 145-157.
- Beres, D. (1966). Superego and depression. In R. M. Lowenstein, L. M. Newman, & A. J. Solnit (Eds.), *Psychoanalysis: a general psychology*. (pp. 479-498). New York: International Universities Press.
- Bernard, M. E., & Joyce, M. R. (1984). *Rational-emotive therapy with children and adolescents: Theory, treatment strategies, preventive methods*. New York: John Wiley and Sons.
- Bernstein, G. A., & Garfinkel, B. D. (1986). School fobia: The overlap of affective and anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25 (2), 235-241.
- Bettes, B. A., & Walker, E. (1986). Symptoms associated with suicidal behavior in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 14 (4), 591-604.
- Bibring, E. (1953) The mechanism of depression. In P. Greenacre (Ed.), *Affective Disorders* (pp. 13-48). New York: International

University Press.

- Bibring, E. (1961). The mechanism of depression. In P. Greenacre (Ed.), *Affective disorders* (pp.13-48). New York:International Universities Press.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1983). Comparisons of children depressed and non-depressed parents: A social-environmental perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 463-48.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1985). Psychosocial process of remission in unipolar depression: Comparing depressed patients with matched community controls. *Psychology*, 53 (3), 314-325.
- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood: the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 73-88.
- Birleson, P., Hudson, I., Buchanan, D. G., & Wolff, S. (1987). Clinical evaluations of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (Depression Self-Rating Scale). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28(1), 43-60.
- Bizarro, L.G. (1992). Avaliação cognitiva e estratégias de confronto: estudo desenvolvimentista dos adolescentes em situações de stress. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 28, 89-114.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation on anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J., & Homann E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91.
- Blatt, S. J., & Maroudas, C. (1992). Convergence among psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9 (2), 157-190.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and the definition of depression: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M., (1976). Experiences with depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 85, 383-389.
- Blatt, S.J., Quinlan, D., Chevron, E., McDonald, C., & Zuroff, D. (1990). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 113-124.

- Blechman e. A., McEnroe, M. J., Carella e. T., & Audette, D. P. (1986). Childhood competence and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 3, 223-227.
- Blumberg, M. L. (1981). Depression in abused and neglected children. *American Journal of Psychotherapy*, 35, 342-355.
- Blumberg, S. H., & Izard, C. E. (1985). Affective and cognitive characteristics of depression in 10- and 11- year-old children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (1), 194-202.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. I: Attachment* (2^a ed.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. II: Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: II: Some principles of psyhoterapy. *British Journal of Psychiatry*, 130, 421-431.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. III: Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1981). *Loss*. New York: Basic Books.
- Bray, J. H., & Hetherington e. M. (1993). Families in transition: Introduction and overview. *Journal of Family Psychology*, 7 (1), 3-8.
- Brazelton, T. B., Koslowski, B., & Main, M. (1974). The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. In M. Lewis & L. A. Rosenblum (Eds.), *The effect of the infant on its caregiver* (pp. 49-76). New York: Wiley-Interscience.
- Brewer, D. H., & Lubin, B. (1983). Adjective Checklists for the measurement of depressive mood in children and adolescents?
- Brown, G. W., Harris, T. (1978). *Social origins of depression*. New York: Free Press.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Peto, J. (1973). Life events and psychiatric disorders. Part II: Nature of causal link. *Psychological Medicine*, 3, 159-176.
- Brown, R. T., Borden, K. A., Clingerman, S. R., & Jenkins, P. J. (1988). Depression in Attention Deficit-Disordered and normal children and their parents. *Child Psychiatry and Human Development*, 18 (3), 119-131.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of sexual child abuse: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 100, 66-74.
- Bruder, G., Puig-Antich, J., Berger-Gross, P. & Ausubel, R. (1978).

- Auditory perception and lateralization in prepubertal children with depressive and nondepressive emotional disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (1987), 197-202.
- Brumback, R., Deitz-Schmidt, S. G., Weinberg, W. (1977). Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment and analysis of criteria and literature review. *Diseases of the Nervous System*, 38, 529-535.
- Burbach, D. J., & Borduin, C. M. (1986). Parent-child relations and etiology of depression: A review of methods and findings. *Clinical Psychology Review*, 6, 133-153.
- Burbach, D. J., Farha, J. G. & Thorpe, J. S. (1986). Assessing depression in community samples of children using self-report inventories: Ethical considerations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(4), 579-589.
- Bürgin, D. (1986). Depression in children and adolescents. *Psychopathology*, 19 (2), 148-155.
- Burke, P., & Puig-Antich, J. (1990). Psychobiology of childhood depression. In M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Butler, I., Miezitis, S., Friedman, R., & Cole D. A. (1980). The effects of two school-based intervention programs on depression symptoms in pre-adolescents. *American Educational Research*, 17, 111-117.
- Campbell, D. T., Stanley, J. C. (1969). *Experimental and quasi-experimental designs* (3rd Ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Campbell, S. B. (1984). Research issues in clinical child psychology. In S. Bellack & M. Hersen, *Research methods in clinical psychology* (pp.324-351). New York: Pergamon Press.
- Campbell, S. B. (1989). Developmental perspectives in clinical child psychopathology. In T. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology* (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- Campbell, S. B. (1991). Longitudinal studies of active and aggressive preschoolers: Individual differences in early behavior and outcome. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction. Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*, Vol. 2. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cantor, S. (1987). Communications with children at risk. In A. McEwen, *Suicide, prevention and the schools*. Symposium sponsored by Learning Publications, Orlando, FL.

- Cantor, S. Evans, J., Pearce, J., & Pizcot-Pearce, T. (1982). Childhood schizophrenia: Present but not accounted for. *American Journal of Psychiatry*, 139, 758-762.
- Cantwell, D. P. (1982). Childhood depression. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*, Vol. 5 (pp. 39-95). New York: Plenum Press.
- Cantwell, D. P. (1983). Childhood depression: What do we know, where do we go? In S. B. Guze, F. J. Earls, & J. E. Barrett (Eds.), *Childhood Psychopathology and development*. New York: Raven Press.
- Cantwell, D. P. (1990). Depression across the early life-span. In M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 293-309). New York: Plenum Press.
- Cantwell, D., & Carlson, G. A. (1979). Problems and prospects in the study of childhood depression. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 167, 522-529.
- Cantwell, D., & Carlson, G. A. (Eds.) (1983). *Affective disorders in childhood and adolescence*. Jamaica, New York: SP Medical and Scientific Books.
- Capaldi, D. M. (1991). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: I. Familial factors and general adjustment at grade 6. *Development and Psychopathology*, 3, 277-300.
- Capaldi, D. M. (1992). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at grade 8. *Development and Psychopathology*, 4, 125-144.
- Carey, M. P., Kelley, M. L., Buss, R. R., & Scott, O. N. (1986). Relationship of activity to depression in adolescents: Development of the Adolescent Activities Checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 3, 320-322.
- Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1979). A survey of depressive symptoms in a child and adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18, 587-599.
- Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1980). Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 137, 445-449.
- Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1982). Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 361-368.

- Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1983). *Affective disorders in children and adolescence: An update*. New York: Spectrum Publication.
- Carlson, G. A., & Garber, J. (1986). Developmental issues in classification of depression in children. In M. Rutter, C. E. Izard, & P. B. Read (Eds.), *Depression in young children: Developmental and clinical perspectives* (pp. 399-434). New York: Guilford Press.
- Carlson, G. A., & Kashani, J. H. (1988). Phenomenology of childhood depression from childhood to adulthood: analysis of three studies. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1222-1225.
- Carlson, G. A., Asarnow, J., R., & Orbach, I. (1987). Developmental aspects of suicidal behavior in children: I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 186-192.
- Cavallo, A., Holt, K. G., Hejazi, M. S., Richards, G. E., & Meyer, J. (1987). Melatonin circadian rhythm in childhood depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (3), 395-399.
- Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P., Tabrizi, M., & Davies, M. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi-structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 42, 692-702.
- Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Tabrizi, M. A., & Davies, M. (1986). Psychotic symptoms in prepubertal major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 39, 921-927.
- Chess, S., Thomas, A., Hassibi, M. (1983). Depression in childhood and adolescence: A prospective study of six cases. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 171, 411-420.
- Chung, S.Y., Luk, S.L., & Mak, F.L. (1987). Attempted suicide in children and adolescents in Hong-Kong. *Social Psychiatry*, 22, 102-107.
- Cicchetti, D., & Schneider-Rosen, K. (1984b). Toward a transactional model of childhood depression. In D. Cicchetti & K. Schneider-Rosen (Eds.), *Childhood depression* (pp. 5-28). San Francisco: Jossey-Boss.
- Cicchetti, D., & Schneider-Rosen, K. (1986). An organizational approach to childhood depression. In M. Rutter, C. Izard, & P. Read (Eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives* (pp. 71-134). New York: Guilford Press.
- Cicchetti, D., & Schneider-Rosen, K. (Eds.) (1984a). *Childhood depression: New Directions in Child Development*, n°26. San Francisco: Jossey-Boss.

Jossey-Bass.

- Cicchetti, D., & White, J. (Eds.) (1989). Emotional development and the affective disorders. In W. Damon, (Ed.), *Child Development today and tomorrow*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Clapp, G. (1988). Childhood stress and youth suicide. In G. Clapp (Ed.), *Child Study Research: Current perspectives and applications* (pp. 111-142). Lexington: Lexington Books.
- Clarizio, H. F. (1984). Childhood depression: Diagnostic considerations. *Psychology in the schools*, 21, April, 181-197.
- Clarizio, H. F. (1989). *Assessment and treatment of depression in children and adolescents*. Brandon: Clinical Psychology Publishing Co., Inc.
- Coffey, C. E. (1987). Cerebral laterality and emotion: The neurology of depression. *Comprehensive Psychiatry*, 28 (3), 197-219.
- Cohen, N. J., Gotlieb, H., Kershner, J., & Wehrspann, W. (1985). Concurrent validity of the internalizing and externalizing profile patterns of the Achenbach Child Behavior Checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (5), 724-728.
- Cohn, J. F., Matias, R., Tronick, E. Z., Connell, D., & Lyons-Ruth, K. (1986). Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. In E. Z. Tronick & T. Field (Eds.), *Maternal depression and infant disturbance* (pp.31-45). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cole, A. C., Lazarick, D. L., & Howard, G. S. (1987). Construct validity and the relation between depression and social skill. *Journal of Counseling Psychology*, 34 (3), 315-321.
- Cole, D. A. (1990). Relation of social and academic competence to depressive symptoms in childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (4), 422-429.
- Cole, D. A. (1991). Preliminary support for a competency-based model of depression in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (2), 181-190.
- Cole, D. A., & McPherson, A. E. (1993). Relation of family subsystems to adolescent depression: Implementing a new family assessment strategy. *Journal of Family Psychology*, 7 (1), 119-133.
- Cole, D. A., & Milstead, M. (1989). Behavioral correlates of depression: Antecedents or consequences? *Journal of Counseling Psychology*, 36 (4), 408-416.
- Conners, C. K. (1977). Discussion of Dr. Rapoport's chapter: pediatric psychopharmacology and childhood depression. In J. G. Schulterbrandt & A. Raskin, *Depression in childhood: Diagnosis,*

- treatment, and conceptual models (pp.101-104). New York: Raven Press.
- Costello, A. J. (1986). Assessment and diagnostic of affective disorders in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 565-574.
- Costello, C. G. (1981). Childhood depression. In E.J. Mash & L.G. Teren (Eds.), *Behavioral Assessment of childhood disorders*. New York: The Guilford Press.
- Cowen, E. L., Lotyczewski, B., & Weissberg, R. (1984). Risk and resiliency indicators and their relationship to young children's social adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 13, 353-367.
- Coyne, J. C. (1976a). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- Coyne, J. C. (1976b). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- Crowley, S., L., Worchel, F. F., & Ash, M. J. (1992). Self-report, parent-report, and teacher-report measures of childhood depression: A factor analysis by item. *Journal of Personality Assessment*, 59 (1), 203.
- Cummings E. M., & Cicchetti, D. (1990). Toward a transactional model of relations between attachment and depression. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in preschool years*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Cytryn, L., & McKnew, D.H. (1979). Affective disorders. In J. D. Maser (Ed.) *Basic Handbook of Child Psychiatry*, Vol. 2, Disturbances of development (pp.321-340). New York: Basic Books.
- Cytryn, L., McKnew, D. H., & Bunney, W. E. (1980). Diagnosis of depression in children: A reassessment. *American Journal of Psychiatry*, 137, 22-25.
- Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1972). Proposed classification of childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, 129, 149-155.
- Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1974). Factors influencing the clinical expression of the depressive process in children. *American Journal of Psychiatry*, 131, 879-881.
- Dance, K. A., & Krueger, N., A. (1987). Self-schemata, social roles, and self-worth contingency model of depression. *Motivation and Emotion*, 11 (3), 251-268.
- Dawson, G., Klinger, L. G., Panagiotides, H., Spieker, S., & Freeman

- (1992). Infants of mothers with depressive symptoms: Electroencephalographic and behavioral findings related to attachment status. *Development and Psychopathology*, 4, 67-80.
- Derdeyn, A. P. (1983). Depression in childhood. *Child Psychiatry and Human Development*, 14 (1), 16-27.
- Doerfler, L., A., Felner, D. R., Rowlison, R., T., Raley, P. A., Evans, E. (1988). Depression in children and adolescents: A comparative analysis of the utility and construct validity of two assessment measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (5), 769-772.
- Doerfler, L.A., Mullins, L.L., Griffin, N.J., Siegel, L.J., & Richards, C.S. (1985). Problem-solving deficits in depressed children, adolescents, and adults. *Cognitive Therapy and Research*, 8 (5), 489-500.
- Doménech, E., & Polaino-Lorente, A. (1990). La escala ESDM como instrumento adicional en el diagnóstico de la depresión infantil. *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17 (3), 105-113.
- Doménech, E., Canals, C., & Fernández-Ballart, J. (1992). Suicidal ideation among Spanish schoolchildren: a three-year follow-up study of a pubertal population. *Personality and Individual Differences*, 13 (9), 1055-1057.
- Doménech-Llaberia E. (1989). Detección de la depresión infantil. *Psicopatologia* (Madrid), 9 (4), 165-169.
- Doménech-Llaberia E., Sans, J. C., Fernández-Ballart, J., & Martí-Henneberg, C. (1992). Epidemiologia de la depressió major a la pubertat: Resultats de tres anys de seguiment. *Revista Academica de Medecina de Catalunya*, 7 (1), 35-Eason, L. J., Finch, A. J., Brasted, W., & Saylor, C. F. (1985). The assessment of depression and anxiety in hospitalized pediatric patients. *Child Psychiatry and Human Development*, 16 (1), 57-64.
- Domino, G., Domino, V., & Berry, T. (1986/87). Children's attitudes toward suicide. *Omega*, 17 (4), 279-287.
- Dweck, C. (1977). Summary of the subcommittee on Clinical criteria for diagnosis of depression in children. In J. G. Schulterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in childhood: diagnosis, treatment, and conceptual models*. New York: Raven Press.
- Edelbrock, C. S. (1988). Diagnosis and Classification. In J. C. Witt & F. M. Gresham (Eds.), *Handbook of behavior therapy in education*, cap.

4. New York: Plenum Press.

Edelbrock, C. S., & Achenbach, T. M. (1980). A typology of child behavior profile patterns: Distributions and correlates for disturbed children aged 6-16. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9, 441-470.

Edelsohn, G., Ialongo, N., Werthamer-Larsson, L., Crockett, L., & Kellam, S. G. (1992). Self-reported depressive symptoms in first-grade children: Developmentally transient phenomena? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 282-290.

Emery, R. E. (1982). Interpersonal conflict and the children of divorce. *Psychological Bulletin*, 92, 310-330.

Endicott, J., & Spitzer, R. L. (1979). Use of Research Diagnostic Criteria and the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia to study affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 136, 52-56.

Epstein, M. H., & Cullinan, D. (1986). Depression in children. *Journal of School Health*, 56 (1), 10-12.

Escrivá, V. M., & Gandárá, V. (1989). *Epidemiología de la depresión infantil*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.

Esser, G., Schmidt, M. H., & Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children - Results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31 (2), 243-263.

Ezpeleta, L., Polaino, A., Doménech E., & Doménech, J. M. (1990). The Nomination Inventory of Depression: Characteristics in a Spanish Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18 (4), 373-383.

Fauber, R., Forehand, R., Long, N., Burke, M., & Faust, J. (1987). The relationship of young adolescent Children's Depression Inventory (CDI) scores to their social and cognitive functioning. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 9 (2), 161-172.

Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G., & Munoz (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57.

Felner, R. (1984). Vulnerability in childhood: A preventive framework for understanding children's efforts to cope with life stress transitions. In M. Roberst & L. Peterson (Eds.), *Preventive problems in childhood: Psychology research and applications*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Fernandez-Ballesteros, R. (Ed.) (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: ediciones Pirámide.
- Field, T. (1987). Models of reactive and chronic depression in infancy. In E. Z. Tronick & T. Field (Eds.). *Maternal depression and infant disturbance. New Directions for Child Development*, nº 34. San Francisco: Jossey-Bass.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E. A., & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26, 7-14.
- Finch, A. J., & Rogers, T. R. (1984). Self-Report instruments. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.). *Child behavioral assessment: principles and procedures* (pp.106-123). New York: Pergamon Press.
- Finch, A. J., Saylor, C. F. & Edwards, G. L. (1985). Children's Depression Inventory: sex and grade norms for normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 424-425.
- Fincham, F. D. (1989). Children's reactions to failure: Implications for education. *European Journal of Educational Psychology*, 54, 234-243.
- Fincham, F. D., & Cain, K. M. (1986). Learned Helplessness in humans: A developmental analysis. *Developmental Review*, 6, 301-333.
- Fincham, F. D., Diener, C. I., & Hokoda, A. (1987). Attributional style and learned helplessness: Relationship to the use of causal schemata and depressive symptoms in children. *British Journal of Social Psychology*, 26, 1-7.
- Fincham, F.D., & Hokoda, A. J. (1987). Learned helplessness in social situations and sociometric status. *European Journal of Social Psychology*, 17, 95-111.
- Fine, S., Moretti, M., Haley, G., & Marriage, K. (1984). Depressive disorder in children and adolescents: Dysthymic Disorder and the use of self-rating scales in assessment. *Child Psychiatry and Human Development*, 14 (4), 223-229.

- Folkman, S., & Lazarus, R. (1986). Stress processes and depression symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 107-111.
- Foreman, D. M., & Goodyer, I.M. (1988). Salivary cortisol hipersecretion in juvenile depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 29* (3), 311-320.
- Frame, C., Matson, J.L., Sonis, W.A., Fialkov, M.T., & Kazdin, A. (1982). Behavioral treatment of depression in a prepubertal child. *Journal of Behavior Therapy, Ex Psychiatry, 3*, 239-243.
- Frame, C. L., Cuddy, M. E., & Robinson, S. L., (1989). Affective Disorders: In M. Hersen (Ed.), *Innovations in Child Behavior Therapy*, New York: Springer
- Frank, R. G., Schulberg, H. C., Welch, W. P., Sherick, H., & Costello, J. (1985). Research selection bias and the prevalence of depressive disorders in psychiatric facilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53* (3), 370-376.
- Freeman, L. N., Poznanski, E. O., Grossman, J. A., Buchsbaum, Y. Y., & Banegas, M. E. (1985). Psychotic and depressed children: A distinct entity. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24* (1), 95-102.
- French, A. P., & Berlin, I. N. (1979). Depression in children and adolescents. New York: Human Sciences Press.
- French, A. P. (1979). Depression in children: The development of an instrument. In A. P. French & I. N. Berlin, Depression in children and adolescents. New York: Human Sciences Press.
- Freud, A. (1960). Discussion of Dr. John Bowlby's paper. *Psychoanalytic study of the child, 15*, 53-62.
- Freud, S. (1917/1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (trans.), Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 14 (243-260). London: Hogarth Press, (1^a ed. alemã em 1917).
- Friedman, R. J., & Butler, L. F. (1979). *Development and evaluation of a test battery to assess childhood depression*. Final Report to the Health and Welfare, Canada.
- Frommer, E. A. (1967). Treatment of childhood depression with antidepressant drugs. *British Medical Journal, 1*, 729-732.
- Garber, J. (1984). Classification of childhood psychopathology: a developmental perspective. *Child Development, 55*, 30-48.
- Gargiulo, R., M., O'Sullivan, P. S., & Barr, N. J. (1987). Learning helplessness in reflective and impulsive mentally retarded children.

- non-retarded children. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 25 (4), 269-272.
- Garland, A. F., & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention: current research and social policy implications. *American Psychologist*, 48 (2), 169-182.
- Garmezy, N. (1985). Stress resistant children: The search for protective factors. In J. Stevenson, Jr. (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp.213-233). Oxford, England: Pergamon Press.
- Gelfand, D. M., Jenson, W. R., & Drew, C. J. (1988). *Understanding child behavior disorders: An introduction to child psychopathology* (2nd ed.). Forth Worth: Holt, Rinehart and Winston.
- Gittelman-Klein, R. (1977). Definitional and methodological issues concerning depressive illness in children. In J. G. Schulterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in children: Diagnosis, treatment and conceptual models*. New York: Raven Press.
- Glasberg, R., & Aboud, F. E. (1981). A developmental perspective on the study of depression: Children's Evaluative reactions to sadness. *Developmental Psychology*, 17 (2), 195-202.
- Goldstein, D., & Paul, G. (1983). *Depression in disabled children*. Paper presented at the Jean Piaget Society meeting, Philadelphia.
- Goodman, J. F. (1988). Diagnosis and intervention in young children: the continuing gap. *The Journal of Psychology*, 121 (1) 21-35
- Goodyer, I. M. (1990). Annotation: Recent life events and psychiatric disorder in school age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 839-848
- Goodyer, I. M. (1990). Family relationships, life events and childhood psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 161-192.
- Goodyer, I. M., Kolvin, I., & Gatzanis, S. (1985). Recent undesirable events and psychiatric disorders in childhood and adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 147, 517-523.
- Goodyer, I. M., Kolvin, I., & Gatzanis, S. (1987). The impact of recent undesirable life events on psychiatric disorders in childhood and adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 151, 179-184.
- Goodyer, I., Wright, C. & Altman, P. (1990). Recent achievements and adversities in anxious and depressed school age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(7), 1063-1073.
- Graham, P. (1981). Depressive disorders in children: A re-consideration.

Acta Paedopsychiatrica, 46, 285-296.

Guidubaldi, J., Perry, J. D., Clemshaw, H. K., & Caven, C. S. (1983). impact of parental divorce on children: report of the National NASP study. *School Psychology Review*, 12, 300-323.

Gulbro-Leavitt, C., & Schimmel, B. (1991). Assessing depression in children and adolescents using the diagnostic drawing scale modified for children (DDS-C). *The Arts in Psychotherapy*, 18, 353-356.

Haley, G. M. T., Fine, S., Marriage, K., Moretti, M. M., Freeman, R. (1985). Cognitive bias and depression in psychiatrically disturbed children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (4), 535-537.

Hammen, C., & Zupan, B. A. (1984). Self-schema, depression, and processing of personal information in children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 37, 598-608.

Hammen, C. (1988). Self-cognitions, stressful events, and the prediction of depression in children of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 347-360.

Hammen, C., & Goodman-Brown, T. (1990). Self-schemas and vulnerability to specific life stress in children at risk for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14 (2), 215-227.

Hammen, C., Adrian, C., Gordon, D., Burge, D., Jaenicke, C., & Hiroto, D. (1987). Children of depressed mothers: Maternal strain and symptom predictors of dysfunction. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 190-198.

Hammen, C., Burge, D., & Adrian, C. (1991). Timing of mother and child depression in a longitudinal study of children at risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (2), 34-345.

Hammen, C., Burge, D., & Stansbury, K. (1990). Relationship of maternal and child variables to child outcomes in a high-risk sample: a causal modeling analysis. *Developmental Psychology*, 26 (1), 30.

Hammen, C., Ellicott, A., Gitlin, D., & Jamison, R. (1989). Sociotropy/autonomy and vulnerability to specific events in unipolar and bipolar patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 154-162.

Hammen, C., Miklowitz, D., & Dyck, D. (1986). Stability and severity parameters of depressive self-schema responding. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 23-45.

- Harris, K. R. (1985). Conceptual, methodological, and clinical issues in cognitive-behavioral assessment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, (3), 373-390.
- Harris, P. L. (1983). Children's understanding of the link between situation and emotion. *Journal of Experimental Child Psychology*, 36, 490-509.
- Harris, P. L., Olthof, T. & Terwogt, M. M. (1981). Children's knowledge of emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22 (3), 247-261.
- Harris, S. & Powers, M.D. (1984). Diagnostic issues. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.). *Child Behavioral assessment: principles and procedures*, (pp. 38-57). N.Y.: Plenum Press
- Harter, S. (1977). A cognitive-developmental approach to children's expression of conflicting feelings and a technique to facilitate such expressions in play therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 417-432.
- Harter, S. (1983). Developmental perspectives on the self-system. In E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of Child Psychology*, vol. 4, *Socialization, personality, and social development* (pp. 275-386). New York: Wiley.
- Harter, S. (1987). The determinants and mediational role of global self-worth in children. In Nancy Eisenberg (Ed.). *Contemporary topics in developmental psychology* (pp. 219-242). New York: John Wiley and Sons.
- Harter, S. (1990). Developmental differences in the nature of self-representations: implications for the understanding, assessment, and treatment of maladaptive behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 14 (2), 113-142.
- Harter, S., & Marold, D. (1990). A model of the determinants and mediational role of self-worth: Implications for adolescent depression and suicidal ideation. In A. Goethals & J. Strauss (Eds.). *G. Stanley Hall Symposium on the self*. Williams College, 1989
- Harter, S., Marold, D., & Whitesell, N. R. (1991). A model of psycho-social risk factors leading to suicidal ideation in young adolescents. *Development and Psychopathology*, in press.
- Hawton, K. & Osborn, M. (1984). Suicide and attempted suicide in children and adolescents. In B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 7. New York: Plenum Press.

- Hawton, K. (1986). *Suicide and attempted suicide among children and adolescents*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hawton, K., Osborn, M., O'Grady, J., Cole, D. (1982). Classification of adolescent who take overdoses. *British Journal of Psychiatry*, 140, 124-131.
- Helsel, W. J., & Matson, J. L. (1984). The assessment of depression in children: The internal structure of the Child Depression Inventory (CDI). *Behavior Research and Therapy*, 22, 289-298.
- Herjanic, M., & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324.
- Hetherington, E. M. (1979). Divorce: A child's perspective. *American Psychologist*, 34, 851-858.
- Hoyt, L. A., Cowen, E. L., Pedro-Carroll, J. L., & Alpert-Gillis, L. J. (1987). Anxiety and depression in young children of divorce. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16(1), 26-32.
- Hsu, L. R., Halley, B. J., & Range, L. M. (1987). Cultural and emotional components of loneliness and depression. *The Journal of Psychology*, 121(1), 61-70.
- Hughes, J., Worchel, F., Stanton, S., Stanton, H., & Hall, B. (1987). Selective memory for positive and negative story content in children with high self- and peer-ratings of symptoms of depression. *School Psychology Quarterly*, 5(4), 265-279.
- Husain, A., & Vandiver, T. (1984). *Suicide in children and adolescents: Child behavior and development*. New York: SP Medical and Scientific Books.
- Ines, T. M. & Sacco, W. P. (1992). Factors related to correspondence between teacher ratings of elementary student depression and student self-ratings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 140-142.
- Ivey, A. E. (1989). *Developmental Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Izard, C. (1978). Emotions as motivations: An evolutionary-developmental perspective. In H. E. Howe, Jr. (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 26, pp. 163-199). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Jacobsen, R. H., Lahey, B.B., & Strauss, C.C. (1983). Correlates of depressed mood in normal children. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 1-10.

Psychology, 11, 29-40.

- Jaenicke, C., Hammen, C., Zupan, B., Hiroto, D., Gordon, D., Adrian, C., & Burge, D. (1987). Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 559-572.
- Joan, P. (1986). *Preventing teenage suicide: The living alternative handbook*. New York: Human Sciences Press.
- Johnson, S. W., & Maile, L.J. (1987). *Suicide in the schools: A handbook for prevention, intervention, and rehabilitation*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, Publisher.
- Kandel, D. B., & Davies, M. (1986). Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 43, 255-262.
- Kanfer, F.H. (1971). The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. In R. B. Stuart (Ed.), *Behavior self-management*. New York: Brunner/Mazel.
- Kanner, L. (1957). *Child Psychiatry* (3rd ed.). Springfield: Thomas.
- Kaplan, S. L., Busner, J., Weinhold, C. & Lenon, P., (1987). Depressive symptoms in children and adolescents with cancer: A longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*,
- Kaplan, S., L., Hong, G. E., & Weinhold, C. (1984). Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 91-98.
- Kashani, J. H. (1983). Depression in the preschool child. In T. A. Petti (Ed.). *Childhood depression* (pp. 11-17). New York: Haworth Press.
- Kashani, J. H., & Cantwell, D.P. (1983). Etiology and treatment of childhood depression. *Comprehensive Psychiatry*, 22 (3), 238-244.
- Kashani, J. H., & Carlson, G. A. (1985). Major depressive disorder in a preschooler. *This Journal*, 24 (4), 490-494.
- Kashani, J. H., & Carlson, G. A. (1987). Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry*, 144 (3), 348-350.
- Kashani, J. H., & Hakami, N. (1982). *Depression in children and adolescents with malignancy*. *Canadian Psychiatry*, 27, 474-477.
- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1988). Anxiety disorders in mid-adolescence: A community sample. *American Journal Psychiatry*, 145 (8), 960-964.
- Kashani, J. H., & Ray, J. S. (1983). Depressive symptoms among preschool-age children. *Child Psychiatry and Human Development*, 13, 233-

- Kashani, J. H., & Ray, J. S. (1987). Major depression with delusional features in a preschool-age child. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (1), 110-112.
- Kashani, J. H., & Simonds, J.F. (1979). The incidence of depressive disorders in children. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1203-1205.
- Kashani, J. H., Beck, N. C., & Burk, J. P. (1987). Predictors of psychopathology in children of patients with major affective disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32 (4), 287-290.
- Kashani, J. H., Beck, N. C., Hooper e. W., Fallahi, C., Corcoran, C., McAllister, J., A., Rosenberg, T. K., & Reid, J. C. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144 (5), 584-589.
- Kashani, J. H., Cantwell, D.P., Shekim, W.O., & Reid, J.C. (1982). Major depressive disorder in children admitted to an inpatient community mental health center. *American Journal of Psychiatry*, 139, 671-672.
- Kashani, J. H., Carlson, G. A., Beck, N. C., Hooper e. W., Corcoran, C., McAllister, N. C., Fallahi, C., Rosenberg, T. K., & Reid, J. C. (1987). Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144 (7), 931-934.
- Kashani, J. H., Carlson, G. A., Horwitz e., & Reid, J. C. (1985). Dysphoric mood in young children referred to a child development center. *Child Psychiatry and Human Development*, 15 (4), 234-242.
- Kashani, J. H., Dandoy, A. C. & Reid, J.C. (1992). Hopelessness in children and adolescents: An overview. *Acta Paedopsychiatrica Scandinavica*, 55, 33-39.
- Kashani, J. H., Goddard, P., & Reid, J. C. (1989). Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28 (6), 912-917.
- Kashani, J. H., Holcomb, W., & Orvaschel, H. (1986). Depression and depressive symptoms in preschool from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 143 (9), 1138-1143.
- Kashani, J. H., Horwitz, E., Ray, J. S., & Reid, J. C. (1986). DSM-III-R Diagnostic Classification of 100 preschoolers in a child development unit. *Child Psychiatry and Human Development*, 15 (3), 137-147.

- Kashani, J. H., McGee, R. O., Clarkson, S. E., Anderson, J. C., Walton, L. A., Williams, S., Silva, P. A., Robins, A. J., Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1983). Depression in a sample of 9-year old children. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1217-1223.
- Kashani, J.H., Barber, G., & Bolander, F. (1981). Depression in hospitalized pediatric patients. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 123-134.
- Kashani, J.H., Husain, A., Shekim, W. O., Hodges, K. K., Cytryn, L., & Mcknew, D. H. (1981). Current perspectives on childhood depression: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 138, 143-153.
- Kashani, J.H., Orvaschel, H., Burk, J. P., & Reid, J. C. (1985). Informant variance: The issue of parent-child disagreement. *This Journal*, 24, 437-441.
- Kashani, J.H., Ray, J. S., & Carlson, G. A. (1984). Depression and depression-like states in preschool-age children in a child development unit. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1397-1402.
- Kashani, J.H., Reid, J.C., Rosenberg, T.K. (1989). Levels of hopelessness in children and adolescents: a developmental perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 496-499.
- Kashani, J.H., Sherman, D. D. (1988). Childhood depression: Epidemiology etiological models, and treatment. Implications. *Integrative Psychiatry*, 6, 1-21.
- Kashani, J.H., Soltys, S. M., Dancon, A. C., Vaidya, A. F., & Reid, J. C. (1991). Correlates of hopelessness in psychiatrically hospitalized children. *Comprehensive Psychiatry*, 32 (4), 330-337.
- Kaslow, N. J., & Wambold, F. S. (1985). Childhood Depression: Current perspectives and future directions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3 (4), 416-424.
- Kaslow, N. J., Rehm, L. P. (1983). Childhood depression. In R. J. Morris & T. R. Kratochwill (Eds.). *The practice of child-therapy: A textbook of methods* (pp. 27-51). New York: Pergamon
- Kaslow, N. J., Rehm, L. P. (1985). Conceptualization, assessment, and treatment of depression in children. In A. E. Kazdin, & P. Bornstein (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with children* (pp. 599-675). New York: Dorsey Press.
- Kaslow, N. J., Rehm, L. P., & Siegel, A.W. (1984). Social and cognitive correlates of depression in children: A developmental perspective.

Journal of Abnormal Child Psychology, 12, 605-620.

- Kaslow, N. J., Rehm, L. P., Pollack, S. L. & Siegel, A. W. (1988). Attributional style and self-control behavior in depressed and nondepressed children and their parents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (2), 163-175.
- Kaslow, N. J., Tannenbaum, R. L., & Abramson, L. Y., Peterson, C., Seligman, M. (1983). Problem solving deficits and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 497-502.
- Kazdin, A. E. (1981). Assessment techniques for childhood depression: critical appraisal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 358-375.
- Kazdin, A. E. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in disturbed children. *Child and Adolescent Mental Health Review*, Winter, 3-4.
- Kazdin, A. E. (1987a). Depression. In R. A. Hoekelman, S. Blatman, S. Friedman, N. M. Nelson, & H. M. Seidel (Eds.). *Primary Pediatric Care*. St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Kazdin, A. E. (1987b). Children's Depression Scale: Validation with psychiatric inpatients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28 (1), 29-41.
- Kazdin, A. E. (1988). Childhood depression. In E. J. Mash & L. G. Teren (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders*. New York: Guilford Press.
- Kazdin, A. E. (1988). Evaluation of the Pleasure Scale in the assessment of anhedonia in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28 (3), 364-372.
- Kazdin, A. E. (1989). Childhood depression. In E. J. Mash & R. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 135-145). New York: Guilford Press.
- Kazdin, A. E. (1989). Evaluation of the Pleasure Scale in the assessment of anhedonia in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28 (3), 364-372.
- Kazdin, A. E. (1990). Childhood depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 121-160.
- Kazdin, A. E., Esveltd-Dawson, K., Unis, A. S., & Rancurello, M. (1983b). Child and parent evaluations of depression and aggression in psychiatric inpatient children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 401-413.

- Kazdin, A. E., & Petti, T. (1982). Self-report and interview measures of childhood and adolescent depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23, 437-457.
- Kazdin, A. E., Colbus, D., & Rodgers, A. (1986). Assessment of depression and diagnosis of depressive disorder among psychiatrically disturbed children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 499-516.
- Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., Sherick, R.B., & Colbus, D. (1985). Assessment of overt behavior and childhood depression among psychiatrically disturbed children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 201-210.
- Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., & Esveldt-Dawson, K. (1983c). Assessment of childhood depression: Correspondence of child and parent ratings. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 157-164.
- Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., & Esveldt-Dawson, K., & Sherick, R. B. (1983). Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 504-510.
- Kazdin, A. E., French, N.H., & Unis, A. S. (1983a). Child, mother, and father evaluations of depression in psychiatric inpatient children. *Journal of Abnormal Psychology*, 11, 167-180.
- Kazdin, A. E., Moser, J., Colbus, D., & Bell, R. (1985). Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 298-307.
- Kazdin, A. E., Rancurello, M. D., & Unis, A. S. (1984?). Childhood depression. In G. D. Burrows & J. S. Werry (Eds.) *Advances in human psychopharmacology* (Vol. 4). Greenwich, CT: JAI Press.
- Kazdin, A. E., Rodgers, A., & Colbus, D. (1986). The Hopelessness Scale for Children: Psychometric characteristics and concurrent validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2), 241-245.
- Kellam, S. G. (1990). Developmental epidemiological framework for family research on depression and aggression. In G. R. Patterson (Ed.). *Depression and aggression in family interaction*. (pp.11-48). Englewood Cliffs, NJ: Lawrence Erlbaum, 1990.
- Kellam, S. G., Werthamer-Larson, Dolan, L. J., Brown, C. H., Mayer, L. S., Rebeck, G. W., Anthony, J. A., Laudolff, J., Edelsohn, G., &

- Wheeler, L. (1991). Developmental Epidemiologically b preventive trials: Baseline modeling of early target behaviors depressive symptoms. *American Journal of Commu Psychology*, 19 (4), 563-584
- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. L., Ingram, P. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299.
- Kendall, P. C., Stark, K. D., Adam, T. (1990). Cognitive deficit or cogn distortion in childhood depression. *Jornal of Abnormla Psychology*, 18 (3), 255-270.
- Kendall, P.C., Cantwell, D. P., & Kazdin, A. E. (1989). Depression children and adolescents: Assessment issues and recomendati *Cognitive Therapy and Research*, 13 (2), 109-146.
- Khan, A. U. (1987). Heterogeneity of suicidal adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 91-96.
- King, B. H., Baxter, L. R., Stuber, M. & Fish, B. (1987). Therapeutic deprivation for depression in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 6, 928-931.
- Klein, M. (1945). The oedipus complex in the light of early anxie *International Journal of Psychoanalysis*, 26 (1&2), 11.
- Klerman, G. L. (1986). *Suicide and depression among adolescents young adults*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Koestner, R., Zuroff, D., & Powers, T. (1991). Family origins of adoles self-criticism and its continuity into adulthood. *Journa Abnormal Psychology*, 100 (2), 191-197.
- Kolvin, I., Berney, T.P., & Bhate, S.R. (1984). Classification and diag of depression in school phobia. *British Journal of Psych* 145, 347-357.
- Kornberg, M. S. & Caplan, G. (1980). Risk factors and preve interventions in child psychopathology : A review. *Journ Prevention*, 1 (2), 71-133.
- Kosky, R., Silburn, S., & Zubrick, S. (1986). Symptomatic depression suicidal ideation. *The Journal of Nervous and Mental Dis* 174 (9), 523-528.
- Kovacs, M. (1978). *Children's Depression Inventory (CDI)*. Unpubl manuscript, University of Pittsburgh, School of Med Pittsburgh, Pennsylvania

- Kovacs, M. (1980). The efficacy of cognitive and behavior therapies for depression. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1495-1501.
- Kovacs, M. (1980/81). Rating scales to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.
- Kovacs, M. (1983a). *The Interview schedule for children*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania.
- Kovacs, M. (1983b). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania.
- Kovacs, M. (1985). *Bipolar outcome of prepubertal depression*. Paper presented at the World Congress of Biological Psychiatry. Philadelphia, Pennsylvania.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21 (4), 995-998.
- Kovacs, M. (1986). A developmental perspective on methods and measures in the assessment of depressive disorders: The Clinical Interview. In M. Rutter, C. E. Izard & P. B. Read (Eds.). *Depression in young people: developmental and clinical perspectives*. New York: The Guilford Press.
- Kovacs, M. (1989). Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist*, 44, 209-215.
- Kovacs, M. (1989). Comorbid anxiety disorders in childhood-onset depressions. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity in anxiety and mood disorders*. Washington, D. C.: American Psychiatry Press.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1977). An empirical clinical approach towards a definition of childhood depression. In J. G. Schulerbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in children: Diagnosis, treatment and conceptual models* (pp. 1-25). New York: Raven Press.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135, 525-533.
- Kovacs, M., & Gatsonis, C. (1989). Stability and change in childhood-onset depressive disorders: Longitudinal course, as a diagnostic validator. In L. N. Robins & J. E. Barret (Eds.), *The validity of psychiatric diagnosis* (pp. 57-75). New York: Raven Press.
- Kovacs, M., & Gatsonis, C., Paulaskas, S., & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood: 4. A longitudinal study of

- comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 776-782.
- Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., Finklestein, R. (1984a). Depressive disorders in childhood. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 44, 881-890.
- Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., Finklestein, R. (1984b). Depressive disorders in childhood. I. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 41, 643-649.
- Kovacs, M., Paulauskas, S. L. (1984). Developmental stage and expression of depressive disorders in children: An empirical analysis. In D. Cicchetti & K. Schneider-Rosen (Eds.), *Childhood depression. New Directions in Child Development*, n°26. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kovacs, M., Paulauskas, S. L., Gatsonis, C., & Richards, C. (1981). Depressive disorders in childhood: III. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders*, 15, 203-217.
- Kovacs, M., Rush, A. J., Beck, A. T., & Hollon, S. D. (1981). Depressive outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: A one-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 38, 33-39.
- Kraepelin, E. (1921). *Manic depressive insanity and paranoia*. Edinburgh: Livingstone.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kurdek, L. A. (1987). Children's adjustment to parental divorce: An ecological perspective. *Advances in Family Intervention Assessment and Theory*, 4, 1-31.
- Kurdek, L. A., & Siesky, A. E. (1980b). Children's perceptions of their parents' divorce. *Journal of Divorce*, 3, (4), 339-378.
- Kurdek, L. A., Blisk, D., & Siesky, A. E. (1981). Correlates of children's long-term adjustment to their parents' divorce. *Developmental Psychology*, 17, 565-579.
- Lang, M., & Tisher, M. (1978). *Children's Depression Scale*. Melbourne: Australian & Educational Research.
- Lazarus, A. J. (1980). The stress and coping paradigm. In A. Bond & A. Rosen (Eds.), *Competence and coping during adulthood*. Hanover, N.H.: University Press of New England.

- Lazarus, M. (1968). One-parent families and their children. *Principal*, 60, 31-37.
- Leahey, M. (1984). Findings from research on divorce. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 298-317.
- Leahy, T. (1985). Media: corporate concern. In N. Farberow, S. Altman, & A. Thorpe (Eds.), *Report of the National Conference on Youth Suicide* (229-235). Washington, DC: Youth National Center.
- Ledingham, J., & Crombie, G. (1988). Promoting the mental health of children and youth: A critical review of recent literature. *Canada's Mental Health*, 36 (1), 9-17.
- Leenaars, A., & Wenckstern, J. (1991). Suicide in children and adolescents. In A. Leenaars, *Life span perspectives of suicide: Time-lines in the suicide process* (Cap.2). New York: Plenum Press.
- Lefkowitz, M. M. (1977). Discussion of Dr. Gittelman-Klein's chapter: Definitional and methodological issues concerning depressive illness in children. In J. G. Shulterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in childhood: Diagnosis, Treatment, and Conceptual Models*. New York: Raven Press.
- Lefkowitz, M. M. (1980). Childhood depression: A reply to Costello. *Psychological Bulletin*, 87, 191-194.
- Lefkowitz, M. M., & Burton, N. (1978). Childhood depression: A critique of the concept. *Psychological Bulletin*, 85, 716-726.
- Lefkowitz, M. M., & Tessiny E. P. (1981). Peer Nomination Inventory of Depression. *Unpublished Manuscript*. New York State Department of Mental Hygiene. Albany. New York.
- Lefkowitz, M. M., & Tessiny e. P. (1985). Depression in children: Prevalence and correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (5), 647-656.
- Lefkowitz, M. M., & Tessiny, E. P. (1980). Assessment of childhood depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 43-50.
- Leitenberg, H, Yost, L. W., & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 528-536.
- Leon, G. R., Kendall, P. C., & Garber, J. (1980). Depression in children: Parent, teacher and self perspectives. *Journal of Abnormal Child*

Psychology, 8, 221-235.

- Lester, D. (1990). Depression and suicide in college students and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 11, 757-75.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. Friedman e M. M. Katz (Eds.). *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp.157-185). New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.). *Progress in behavior modification* (pp.19-55). New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P. M., & Hoberman, H. (1982). Depression. In A. Bellack, M. Hersen, & A. Kazdin (Eds.). *International handbook of behavior modification and therapy* (pp.397-428). New York: Plenum Press.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. e Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. In S. Reiss e R. R. Boonin (Eds.). *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 351-359). New York: Academic Press.
- Lewis, R. J., Dlugokinski e L., Caputo, L. M., & Griffin, R. B. (1990). *Clinical Psychology Review*, 8, 417- 440.
- Ling, W., Oftedal, G., & Weinberg, W. (1970). Depressive illness in childhood presenting a severe headache. *American Journal of Disturbed Child*, 120 (2), 122.
- Lopes da Silva, A. (1985). *Desenvolvimento da auto-afirmação em crianças e adolescentes*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Maag, J. W., & Forness, S. R. (1991). Depression in children and adolescents: Identification, assessment, and treatment. *Focus on Exceptional Children*, 24 (1), 1-11.
- Mahler, M. (1961). On sadness and grief in infancy and childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 332.
- Mahler, M. (1965). On the significance of the normal separation-individuation phase. In M. Schur, *Drives, affects and behavior* Vol.2 (pp.161-169). New York: International University Press.
- Main, F. O., & West, J. D. (1987). Sabotaging adolescent depression through paradox. *Individual Psychology*, 43(2), 185-191.
- Malmquist, C. P. (1971). Depressions in Childhood and adolescence. *England Journal of Medicine*, 284, 887-893.

- Malmquist, C. P. (1983). Major depression in children: Why don't we know more? *American Journal of Orthopsychiatry*, 53 (2), 262-268.
- Malmquist, C. P. (1977). Childhood depression: A clinical and behavioral perspective. In J. G. Schulterbrandt & Raskin (Eds.), *Depression in childhood: Diagnosis, treatment and conceptual models* (pp. 33-59). New York: Raven Press.
- Marriage, K., Fine, S., Moretti, M., & Haley, G. (1986). Relationship between depression and conduct disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25 (5), 687-691.
- Marujo, H. A. (1992). Factores de risco na infância: O despiste precoce e a acção educativa. *Psicologia*, VIII (2), 185-192.
- Masson, D., & Collard, M. (1987). Jeunes suicides et leur famille. *Social Psychiatry*, 22, 85-92.
- Matson, J. L. (1989). *Treating depression in children and adolescents*. New York: Pergamon Press.
- McCarthy-Lenz, J. (1991). Depression in children: Treatment with drugs debated among experts. *Union News* (pp. 31-37), 8/ 11.
- McCauley, E., Burke, P., Mitchell, J. R., & Moss, S. (1988). Cognitive attributes of depression in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 903-908.
- McConville, B. J., & Rae-Grant, Q. (1985). The diagnosis and treatment of depressive sub-types in children. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology* (p. 125-133). Oxford: Pergamon Press.
- McConville, B. J., Boag, L.C., & Purohit, A. P. (1973). Three types of childhood depression. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 18, 133-138.
- McGee, R., Anderson, J., Williams, S., & Silva, P. A. (1986). Cognitive correlates of depressive symptoms in 11-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 517-524.
- McKnew, D. H., Jr., & Cytryn, L. (1973). Historical background in children with affective disorders. *American Journal of Psychiatry* 130, 1278-1280.
- McKnew, D. H., Jr., Cytryn, L. & White, I. (1974). Clinical and biochemical correlates of hypomania in a child. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 13 (3), 576.
- Mendelsohn, S. R., & Jennings, K. D. (1986). Characteristics of

- emotionally disturbed children referred to special education assessment. *Child Psychiatry and Human Development*, 16 (1985), 154-170.
- Miller, R. (1991). Depression in children: Treatment with drugs debated among experts. *Union News*, 8/11, p. 31 e 37.
- Miller, S. M., Birnbaum, A., & Durbin, D. (1990). Etiologic perspectives on depression in childhood. In M. Lewis & S. Miller (Eds). *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Mishne, J. M. (1986). *Clinical work with adolescents*. New York: The Falmer Press.
- Mokros, H. B., Poznanski, E., Grossman, J. A., & Freeman, L. N. (1988). A comparison of child and parent ratings of depression in normal and clinically referred children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28(4), 613-627.
- Monroe, S. M., Bromet E. J., Connel, M. M., & Steiner, S. C. (1988). Social support, life events, and depressive symptoms: A 1-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 424-431.
- Moretti, M. M., Fine, S., Haley, G., & Marriage, K. (1985). Childhood and adolescent depression: Child report versus parent-report information. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24 (3), 298-302.
- Morgan, S. R. (1989). Clarifying the Federal Definition of severely emotionally disturbed. *Journal of Instructional Psychology*, 16 (4), 173-179.
- Moyal, B. R. (1977). Locus of control, stimulus appraisal, and depressive symptoms in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 951-952.
- Mulher, R. K., Fairclough, D., L., Smith, B., & Douglas, S. M. (1992). Maternal depression, assessment methods, and physical symptoms affect estimates of depressive symptomatology among children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 17 (4), 313-326.
- Mullins, L., Siegel, L., & Hodges, K. (1985). Cognitive problem-solving and life event correlates of depressive symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 305-314.
- Murphy, P. A. (1986). Parental death in childhood and loneliness in young adults. *Omega*, 17 (3), 219-228.
- Myers, I., & Myers, A. (1982). *Why you feel down - & What you can*

about it. New York: Charles Scribner's Sons.

- Nelson, F. L., Farberow, N. L., & Litman, R. E. (1988). Youth suicide in California: A comparative study of perceived causes and interventions. *Community Mental Health Journal*, 24 (1), 31-42.
- Nelson, W. H., Khan, A. & Orr, W. W., Jr. (1984). Delusional depression: Phenomenology, neuroendocrine function, and tricyclic antidepressant response. *Journal of Affective Disorders*, 6, 297-306.
- Nelson, W. M., Politano, P. M., Finch, A. J., Wendel, N., & Mayhall, C. (1987). Children's Depression Inventory: Normative data and utility with emotionally disturbed children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (1), 43-48.
- Ney, P., Colbert, P., Newman, B., & Young, J. (1986). Aggressive Behavior and learning difficulties as symptoms of depression in children. *Child Psychiatry and Human Development*, 17(1), 3-14.
- Nezu, A.M. (1987). A problem-solving formulation of depression: a literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- Nezu, A.M., Nezu, C. M., Perri, M.G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research and clinical guidelines*. New York: John Wiley & Sons.
- Nogueira, J. M. (1992). O diálogo interno do professor: desenvolvimento de um inventário de auto-verbalizações. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Nolen-Hoeksema, S. (1988). Life-span views of depression. In P. B. Baltes, D. L. Featherman & R. M. Lerner (Eds.), *Life-span development and behavior* (pp.203-241). New Jersey: Lawrence Erlbaum
- Olinger, L., Shaw, B. F., Kuiper, N. A. (1987). Nonassertiviness, dysfunctional attitudes, and mild levels of depression. *Canadian Journal of Behavioral Science/Review of Canadian Science*, 19 (1), 40-49.
- Ollendick, T. H. (1983a). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy*, 21, 685-692.
- Orvaschel, H. (1983). Parental depression and child psychopathology. In S. B. Guze, F. J. Earls, & J. E. Barrett (Eds.), *Childhood psychopathology and development*. New York: Raven Press.

- Orvaschel, H., Puig-Antich, J., Chambers, W., Tabrizi, M. A., & Johnstone, R. (1982). Retrospective assessment of pre-pubertal major depression with the Kiddie-SADS-E. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 392-397.
- Orvaschel, H., Walsh-Allis, G., & Ye, W. (1988). Psychopathology of children of parents with recurrent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (1), 17-28.
- Orvaschel, H., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1980). Children and depression: The children of depressed parents, the childhood of depressed patients, depression in children. *Journal of Affective Disorders*, 2, 1-16.
- Orvaschel, H., Weissman, M. M., Padian, N., & Lowe, T. L. (1988). Assessing psychopathology in children of psychiatrically disturbed parents: a pilot study. *This Journal*, 20, 112-122.
- Oster, G. D., & Caro, J. E. (1990). *Understanding and treating depression in adolescents and their families*. New York: John Wiley & Sons.
- Oster, G. D., & Caro, J. E. (1990). *Understanding and treating depression in adolescents and their families*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Päanänen, N. R. (1983). Incidence and characteristics of depression in late childhood: An exploratory study. *Unpublished doctoral dissertation*, University of Alberta, Edmonton, Alberta.
- Panak, W., & Garber, J. (1992). Role of aggression, rejection, and attributions in the prediction of depression in children. *Development and Psychopathology*, 4, 145-165.
- Patros, P. G., & Shamoo, T. K. (1989). *Depression and suicide in children and adolescents: Prevention, intervention and postvention*. M. Allyn and Bacon.
- Patterson, G. (1982). *A social learning approach to family intervention III. Coercive family processes*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., & Capaldi, D. M. (1990). A mediational model of boys' depressed mood. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.141-163). New York: Cambridge University Press.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmer, M. Ey, S. Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (1987). Helplessness and attribution

- style in depression. In F. E. Weinert & R. H. Kluwe, *Metacognition, motivation, and understanding* (pp. 185-211). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Peterson, L., Mullins, L., & Ridley-Johnson, R. (1985). Childhood depression: peer reactions to depression and life stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 305-314.
- Petti, T. A. (1978). Depression in hospitalized child psychiatry patients: Approaches to measuring depression. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 49-59.
- Petti, T. A. (Ed.). (1983). *Childhood depression*. New York: Hayworth.
- Petty, L. K., Asarnow, J. R., Carlson, G. A., & Lesser, L. (1985). The dexamethasone suppression test in depressed dysthymic and nondepressed children. *American Journal of Psychiatry*, 142, 631-633.
- Pfeffer, C. R. (1981). Suicidal behavior of children: a review with implications for research and practice. *American Journal of Psychiatry*, 138, 154-159.
- Pfeffer, C. R. (1986). *The suicidal child*. New York: Guilford Press.
- Pfeffer, C. R. (1987). Elements of treatment for suicidal preadolescents. *American Journal of Psychotherapy*, XLI, 2, 172-184.
- Pfeffer, C. R., Conte, H. R., Plutchik, R., & Jerret, I. (1979). Suicidal behavior in latency age children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18, 679-692.
- Pfeffer, C. R., Lipkins, R., Plutchik, R., & Mizruchi, M. (1988). Normal children at risk for suicidal behavior: a two year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child Psychology and Psychiatry*, 27(1), 34-41.
- Pfeffer, C. R., Zucherman, S., Plutchik, R., & Mizruchi, M. (1984). Suicidal behavior in normal school children: a comparison with child psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Child Psychology and Psychiatry*, 23(4), 416-423.
- Piaget, J. (1926). *La représentation du monde chez l'enfant*. P.U.F.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15, 1-12.
- Polaino-Lorente, A., & Doménech-Llaberia E. (1990). Utilidad y limitaciones de la escala PNID en la evaluación diagnóstica de la depresión infantil. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 16(1), 12-22.
- Poland, S. (1989). *Suicide intervention in the schools*. New York: The

Guilford Press.

Powell, G. F., & Bettes, B. A. (1992). Infantile depression, nonorganic failure to drive, and DSM-III-R: A different perspective. *Child Psychiatry and Human Development*, 22 (3), 185-198.

Poznanski E. O., & Zrull, J. P. (1970). Childhood depression: Clinical characteristics of overtly depressed children. *Archives of General Psychiatry*, 23, 8-15.

Poznanski E. O., Carroll, B. J., Banegas, M., Cook, S. C., & Grossman, A. (1982). The dexamethasone suppression test in prepubertal depressed children. *American Journal of Psychiatry*, 139, 323-324.

Poznanski E. O., Krahenbuhl, V., & Zrull, J. P. (1976). Childhood depression: A longitudinal perspective. *Journal of The American Academy of Child Psychiatry*, 15, 491-501.

Poznanski, E. O., Cook, S. C., & Carroll, B. J. (1979). A Depression Rating Scale for Children. *Pediatrics*, 64, 442-450.

Poznanski E. O. (1982). The clinical phenomenology of childhood depression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 308-313.

Preskorn, S. H. (1984). Clinical usefulness of monitoring imipramine plasma levels in depressed children. In E. B. Weller & R. A. Weller (Eds.), *Current perspectives in major depressive disorders in children* (pp. 66-75). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Preskorn, S. H., Weller, E. B. & Weller, R. A. (1982). Depression in children: Relationship between plasma imipramine levels and clinical response. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 450-453.

Puig-Antich, J. (1980). Affective disorders in childhood: A review and perspective. *Psychiatric Clinics of America*, 3, 403, 424.

Puig-Antich, J. (1982). Major depression and conduct disorder in prepubertal children. *This Journal*, 21, 118-123.

Puig-Antich, J. (1984). Psychobiology of prepubertal major depression. In E. B. Weller & R. A. Weller (Eds.), *Current perspectives in major depressive disorders in children* (pp. 78-95). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Puig-Antich, J. (1986). Psychological markers: Effects of age and pubertal status. In M. Rutter, C. E. Izard, & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people: Development and clinical perspectives* (pp. 371-381). New York: Guilford Press.

Puig-Antich, J. (1987). Affective disorders in children and adolescents.

- H. Y. Mettzer (Ed.). *Psychopharmacology: The third generation of progress*. (pp.843-859). New York : Raven Press.
- Puig-Antich, J., & Gittelman, R. (1982). Depression in childhood and adolescence. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford Press.
- Puig-Antich, J., & Weston, B. (1983). The diagnosis and treatment of major depressive disorder in childhood. *Annual Review of Medicine*, 34, 231-245.
- Puig-Antich, J., Blau, S., Marx, N., Greenhill, L. L., & Chambers, W. (1978). Prepubertal major depressive disorder: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 695-707.
- Puig-Antich, J., Chambers, W. (1978). *Schedule for affective disorders and schizophrenia for children (6-16 years) - Kiddie-SADS*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Puig-Antich, J., Chambers, W., & Tabrizi, M. A. (1983). The clinical assessment of current depressive episodes in children and adolescents: Interviews with parents and children, In B. P. Cantwell & G. A. Carlson, (Eds.), *Affective Disorders in childhood and adolescence* (pp.157-190). New York: SP Medical and Scientific Books.
- Puig-Antich, J., Chambers, W., Halpern, F., Hanlon, & Sachar, E. J. (1979a). Cortisol hyposecretion in prepubertal depressive illness: A preliminary study. *Psychoneuroendocrinology*, 4, 191-197.
- Puig-Antich, J., Lukens e., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrochio, J., & Todak, G. (1985a). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders- I. Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 500-507.
- Puig-Antich, J., Lukens e., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrochio, J., & Todak, G. (1985b). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders-II. Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 511-517.
- Puig-Antich, J., Orvaschel, H., Tabrizi, M., & Chambers, W. J. (1983). *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Epidemiological Version*. Unpublished manuscript, New York State Psychiatric Institute, Department of Child and Adolescent Psychiatry.
- Puig-Antich, J., Perel, J. M., Lupatkin, W., Chambers, W. J., Shea, C., Tabrizi, M. A., & Stiller, R. L. (1979b). Plasma levels of

- imipramine (IMI) and desmethyylimipramine (DMI) and clinical response in prepubertal major depressive disorder: A preliminary report. *American Academy of Child Psychiatry*, 616-627.
- Quay, H. C., & Werry, J.S. (1979). *Psychopathological disorders in childhood*. New York: John Wiley & Sons.
- Rapoport, J. L., (1977). Pediatric psychopharmacology and childhood depression. In J. G. Shulterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment, and Conceptual Models* (pp. 87-98). New York: Raven Press.
- Raskin, A. (1977). Depression in children: Fact or fallacy? In J. Shulterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment, and Conceptual Models*. New York: Raven Press.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L. P. (1988). Assessment of depression. In M. Hersen & A. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (3rd ed.), (pp. 313-355). New York: Pergamon Press.
- Rehm, L. P., & Carter, A. S. (1990). Cognitive components of depression. In M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Reich, W., Herjanic, B., Welner, Z., Gandhi, P.R. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10 (4), 305-336.
- Reinecke, M. A. (1992). Childhood depression. In A. Freeman & F. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 147-158). New York: Plenum Press.
- Reynolds, C.R. (1985). Depression in children and adolescents: diagnostic assessment, intervention strategies, and research. In T. Kratochwill (Ed.), *Advances in school psychology* (Vol. 1). Hillsdale, N. J., Lawrence Erlbaum Associates.
- Reynolds, W., & Coats, K.I. (1986). A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 653-660.
- Reynolds, W., M., Anderson, G., & Bartell, N. (1985). Measurement of depression in children: A multimethod assessment investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13 (4), 521-526.

- Rholes, W. S., Blackwell, J., Jordan, C., & Waters, C. (1980). A developmental study of learned helplessness. *Developmental Psychology*, 16 (6), 616-625.
- Rie, H. E. (1966). Depression in childhood: A survey of some pertinent contributions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5, 653-685.
- Robbins, D. R., & Alessi, N. E. (1985). Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 142 (5), 588-592.
- Rochlin, G. (1959). The loss complex. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 299-316.
- Rossini e. D., & Kaspar, J. C. (1987). The validity of the Bender -Gestalt emotional indicators. *Journal of Personality Assessment*, 51 (2), 254-261.
- Rubin, K. H. (1985). Socially withdrawn children: An "at-risk" population? In B. Schneider, K.H. Rubin, & J. Ledingham (Eds.), *Children's peer relations: Issues in assessment and intervention* (pp.125-140). New York:Springer-Verlag.
- Rubin, K. H., & Mills, R. S. L. (1988). The many faces of social isolation in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 916-924.
- Rutter, M. (1966). *Children of sick parents: An environmental and psychiatric study*. Institute of Psychiatry, Maudsley Monographs, No. 16. London: Oxford Press.
- Rutter, M. (1970). Sex differences in children's responses to family stress. In E. J. Anthony & C. Koupernick (Eds.), *The child and his family*, Vol. 1 (pp. 131-163). New York: Wiley.
- Rutter, M. (1976). Classification. In *Child Psychiatry-Modern Approaches*. London: Blackwell.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's response to stress and disadvantage. In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: Social competence in children*, Vol 1 (pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter, M. (1980). Emotional development. In M. Rutter (Ed.), *Scientific foundations of developmental psychiatry*. London: Heinemann.
- Rutter, M. (1983a). Stress, coping, and development: Some issues and some questions In N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping and development in children* (pp.1-41). New York: McGraw-Hill.
- Rutter, M. (1985), *Psychology and development:links between childhood*

- and adult life. In M. Rutter (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry*, (cap.48). London: Blackwell Scientific.
- Rutter, M. (1986a). Depressive feelings, cognitions, and disorders: research postscript. In M. Rutter, C. E. Izard & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives* (pp. 491-519). New York: The Guilford Press.
- Rutter, M. (1988). Epidemiological approaches to developmental psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 45, 486-495.
- Rutter, M. Garmezy, N. (1983). Developmental Psychopathology. In P. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol. 4), 4th ed. New York: John Wiley & Sons.
- Rutter, M. Relationships between child and adolescent psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 48, 3-21.
- Rutter, M. (1986b). The developmental psychopathology of depression: Issues and perspectives. In M. Rutter, C. E. Izard & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives* (pp. 3-30). New York: The Guilford Press.
- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 25-51.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O. F. D., & Yule, W. (1976). Adolescent turmoil: Fact or fiction. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 35-36.
- Rutter, M., Izard, C. E., & Read, P. B. (Eds.) (1986). *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. New York: Guilford Press.
- Ryan, N. D., Puig-Antich, J., Ambrosini, P., Rabinovitch, H., Robinson, Nelson, B., Ivengar, S., & Twomey, J. (1987). The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 44 (10), 854-861.
- Sacco, W. P., & Graves, D. J. (1984). Childhood depression, interpersonal problem-solving, and self-ratings of performance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 13 (1), 10-15.
- Sacco, W. P., & Macleod, V. A. (1990). Interpersonal responses of primary caregivers to pregnant adolescents differing in depression level. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 265-270.
- Sameroff, A. J. (1977). Concepts of humanity. In G. W. Albee & J. Joffe (Eds.), *Primary prevention of psychopathology*. Vol 1. Issues (pp.42-63). New Hampshire: University Press of New England.

England.

- Sameroff, A. J., Seifer, R., & Zax, M. (1982). Early development of children at risk for emotional disorder. *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 47
- Sampaio, D. (1985). Tentativas de suicídio na adolescência: interpretação sistêmica e redefinição de estratégias terapêuticas. Dissertação de doutoramento. Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Sans, J. C., Domènech Llaberia E., Ballart, J. F., Pagès, R. C., Henneberg, C., M., (1991). Síntomas depresivos en escolares catalanes. *Acta Pediátrica Española*, 49 (8), 537-542.
- Saylor, C. F., Finch, A. J. & McIntosh, J. A. (1988). Self-reported depression in psychiatric, pediatric and normal populations. *Child Psychiatry and Human Development*, 18 (4), 250-254.
- Saylor, C. F., Finch, A. J., Baskin, C. H., Furey, W., & Kelly, M. M. (1986). Construct validity for measures of childhood depression: Application of multitrait-multimethod methodology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 977-985.
- Saylor, C. F., Finch, A. J., Spirito, A. & Bennett, B. (1984b). The Children's Depression Inventory: A systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 955-967.
- Saylor, C. F., Finch, A. J., Jr., Baskin, C. H., Saylor, C. B., Darnell, G. & Furey, W. (1984a). Children's Depression Inventory: Investigation of procedures and correlates. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 626-628.
- Saylor, C. F., Pallmeyer, T. P., Finch, A. J., Eason, L., Trieber, F., & Folger, C. (1987). Predictors of psychological distress in hospitalized pediatric patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (2), 232-236.
- Schafer, R. B. (1985). Effects of marital role problems and the self concept on wives' depressed mood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (4), 541-543.
- Scheftener, W. A., Young, M. A., Endicott, J. & Coryell, W. (1988). Family history and five-year suicide risk. *British Journal of Psychiatry*, 153, 805-809.
- Schulterbrandt, J. G. & Raskin, A. (Eds.) (1977). *Depression in children: Diagnosis, treatment and conceptual models*. New York: Raven Press.
- Schwartz, A., & Schuwartz, R. M. (1993). *Depression: Theories and*

- treatments. *Psychological, biological, and social perspectives*. New York: Columbia University Press.
- Scott, W. C. (1969). Um conceito psicanalítico da origem da depressão. In M. Klein, P. Heimann & R. E. Money-Kyrle (Eds.), *Novas tendências na psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Segal, Z. V., & Kendall, P. C. (1990). Selfhood processes and emotional disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14 (2), 111-112.
- Seifer, R. & Sameroff, A. J. (1987). Multiple determinants of risk in vulnerability. In E. J. Anthony & B. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 51-69). New York: Guilford Press.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, Development and death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Seligman, M. E. P., & Peterson, C. (1986). A learned helplessness perspective on childhood depression: Theory and research. In R. Rutter, C. E. Izard & P. B. Read (Eds.) (1986). *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives* (pp. 249). New York: Guilford Press.
- Seligman, M. E. P., Kaslow, N. J., Alloy, L. B. Peterson, C., Tannenbaum, R.L., Abramson, L.Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C., Kaslow, N. J., Tannenbaum, R. L., Alloy, L.D., & Abramson, L.Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Shaffer, D. (1974). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 15, 275-291.
- Shaffer, D. (1981). The epidemiology of suicide in young children and adolescents. *This Journal*, 20, 545-565.
- Shaffer, D. (1986). The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 36-41.
- Shaffer, D., & Fisher, P. (1981). The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 545-565.
- Shapiro, E., S., & Kratochwill, T., R. (Eds) (1988). *Behavioral Assessment in schools: Conceptual foundations and practical applications*. New York: The Guilford Press.
- Sherkat, D. E., & Reed, M. D. (1992). The effects of religion and social support on self-esteem and depression among the students.

- bereaved. *Social Indicators Research*, 26, 259-275.
- Siegel, S., Kastellan, Jr., N. J. (1988). *Non-parametrical statistics for behavioral sciences*. (2^o Ed.). New York: McGraw-Hill.
- Silver, R. (1988). Screening children and adolescents for depression through draw-a-story. *The American Journal of Art Therapy*, 26, 119-124.
- Smith, K., & Crawford, S. (1986). Suicidal behavior among "normal" High School students. *Suicide and Treating Behavior*, 16 (3), 313-325.
- Smith, R. H., Diener e., & Wedell, D. H. (1989). Intrapersonal and social comparison determinants of happiness: A range-frequency analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (3), 317-325.
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14 (1), 25-39.
- Sokoloff, R. M., & Lubin, B. (1983). Depressive mood in adolescent, emotionally disturbed females: Precisão and validity of an adjective checklist (C-DACL). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11 (4), 531-536.
- Souto-Lopes, J, Teixeira, A, & Teixeira, V. (1980). Análise sintomatológica dos estados ansiosos e depressivos: Estudo comparativo. Separata do Jornal do Médico, CII (1871), 97-102
- Speece, M., W., & Brent, S. B. (1984). Children's understanding of death: A review of three components of a death concept. *Child Development*, 55, 1671-1686.
- Spirito, A., Stark, L., Fristad, M., Hart, K., & Owens-Stively (1987). Adolescent suicide attempters hospitalized on a pediatric unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 12 (2), 171-189.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-64.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113-117.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Stambrook, M., & Parker, K. C. H. (1987). The development of the concept of death in childhood: a review of the literature. *Merril-*

Palmer Quarterly, 33 (2), 133-155.

Stark, K. D., Best, L. R., & Sellstrom, E. A. (1989). A cognitive-behavioral approach to the treatment of childhood depression. In J. N. Hughes & J. Hall (Eds.), *Cognitive Behavior Psychology in the schools: A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.

Stark, K. D., Humphrey, L. L., Crook, K., & Lewis, K. (1990). Perceptions of family environments of depressed and anxious children: Children and maternal figures's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18 (5), 527-547.

Stark, K. D., Kaslow, N. J., Hill, S. J., & Lux, M. G. (1988b). Assessment of depression in children: Are we assessing depression or the broad-band construct of negative affectivity? Unpublished Manuscript.

Stark, K.D., Brookman, C.S., & Frazier, R. (1990). A comprehensive school-based treatment program for depressed children. *School Psychology Quarterly*, 5 (2), 111-140.

Stark, K.D., Reynolds, W.M., & Kaslow, N. (1987c). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 91-113.

Stavrakaki, C., Vargo, B., Boodoosingh, L., & Roberts, N. (1987). The relationship between anxiety and depression in children: Relationships with scales and clinical variables. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 433-439.

Stavrakaki, C., Vargo, B., Roberts, N., & Boodoosingh, L. (1988). Concordance among sources of information for ratings of anxiety and depression in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 26 (5), 733-737.

Strauss, C. C., Forehand, R., Frame, C., & Smith, K. (1986). Characteristics of children with extreme scores on the Children's Depression Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15 (3), 227-231.

Strauss, C. C., Forehand, R., Smith, K., & Frame, C. L. (1986). The association between social withdrawal and internalizing problems of children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14 (4), 535.

Strauss, C.C., Last, C.G., Hersen, M., & Kazdin, A.E. (1988). Association between anxiety and depression in children and adolescents.

- anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (2), 163-175.
- Strober, M. (1984). Familial aspects of depressive disorder in early adolescence. In E. B. Weller & R. A. Weller (Eds.), *Current perspectives in major depressive disorders in children* (pp. 93-95). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Swearingen e., M., & Cohen, L. H. (1985). Life events and psychological distress: a prospective study of young adolescents. *Developmental Psychology*, 21, 1045-1054.
- Sylvester, C. E., Hyde, T. S., & Reichler, R. J. (1987). The Diagnostic Interview for Children and Personality Inventory for Children in Studies of children at risk for anxiety disorders and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (5), 668-675.
- Tanaka-Matsumi, J., & Kameoka, V. A. (1986). Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (3), 328-333.
- Tennant, G. (1988). Parental loss in childhood. Its effects in adult life. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1045-1049.
- Teri, L. (1982a). Depression in adolescence: Its relationship to assertion and various aspects of self-image. *Journal of Clinical Child Psychology*, 11, 101-106.
- Teri, L. (1982b). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 277-284.
- Tessiny, E. P., Lefkowitz, M. M., & Gordon, N. H. (1980). Childhood depression, locus of control and school achievement. *Journal of Educational Psychology*, 72 (4), 506-510.
- Tessiny, E. P., Lefkowitz, M.M., & Gordon, W.H. (1980). Childhood depression, locus of control and school achievement. *Journal of Educational Psychology*, 72, 506-510.
- Toolan, J. (1962). Depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 118, 719-724.
- Trad, P. V. (1986). *Infant depression. Paradigms and paradoxes*. New York: Springer-Verlag.
- Trad, P. V. (1987). *Infant and childhood depression: Developmental factors*. New York: Wiley.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44 (2), 112-119.

- Tronick, E. Z., & Gianino, A. F. (1986). The transmission of maternal disturbance to the infant. In E. Z. Tronick & T. Field (Eds.), *Maternal depression and infant disturbance*. New directions in Child Development, n°34. San Francisco: Jossey-Bass.
- Vincenzi, H. (1987). Depression and reading ability in sixth-grade children. *Journal of School Psychology, 25*, 155-160.
- Vosk, B. N., Forehand, R., & Figueroa, R. (1983). Perception of emotion by accepted and rejected children. *Journal of Behavioral Assessment, 5* (2), 151-160.
- Walker, E. (1981). Emotion recognition in disturbed and normal children: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22* (3), 263-268.
- Watson, J. S. (1977). Depression and the perception of control in early childhood. In J. G. Schulterbrandt & A. Raskin, *Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models* (pp. 113-133). New York: Raven Press.
- Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Renick, E. C., & Dietz, S. (1973). The ten symptoms of childhood depression and characteristic behavior for each symptom. *Journal of Pediatrics, 83*, 1065-1072.
- Weiner, A. S. (1987). *Contemporary Psychology, 32* (5), 472-473.
- Weiss, B., Weisz, J. R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W. M., & Finch, J. (1992). Relations among self-reported depressive symptoms in clinic-referred children versus adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 101* (3), 391-397.
- Weissman, M. M., Orvaschel, H., & Padian, N. (1980). Children's symptoms and social functioning self-report scales. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 168*, 736-740.
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., & Merikangas, K. R. (1984). Delusional depression related to bipolar disorder? *American Journal of Psychiatry, 141*, 892-893.
- Weisz, J. R., Stevens, J. S., Curry, J. F., Cohen, R., Craighead, W., Burlingame, W. V., Smith, A., Weiss, B., & Parmelee, D. (1989). Control-related cognitions and depression among inpatient children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28* (3), 358-363.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Wasserman, A. A., & Rintoul, B. (1987). Control-related beliefs and depression among clinic-referred children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 96* (1), 58-63.

- Weller e. B., & Weller, R. A. (1984a). Overview on the status of childhood depression. In E. B. Weller & R. A. Weller (Eds.), *Current perspectives in major depressive disorders in children* (pp. 93-95). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Weller e. B., Weller, R. A., & Fristad, M. A. (1984). Assessment and treatment of childhood depression. In E. B. Weller & R. A. Weller (Eds.), *Current perspectives in major depressive disorders in children* (Cap. 2). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Weller, R. A., & Weller e. B. (1984b). Use of tricyclic antidepressants in prepubertal depressed children. In E. B. Weller & R. A. Weller (Eds.), *Current perspectives in major depressive disorders in children* (pp. 50-61). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Whitman, P. B., & Leitenberg, H. (1990). Negatively biased recall in children with self-reported symptoms of depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18 (1), 15-27.
- Wickens, T.D. (1989). Multiway contingency table analysis for the social sciences. Hildale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Wielkiewicz, R. M. (1986). Management of childhood depression and related behavior. In R.M. Wielkiewicz (Ed.), *Behavior management in the schools: Principles and procedures* (pp.152-178). New York: Pergamon Press.
- Wierzbicki, M. (1987a). Parent form of the Children's Depression Inventory: Reliability and validity in nonclinical populations. 43 (4), 390-397.
- Wierzbicki, M. (1987b). Similarity of monozygotic and dizygotic child twins in level and lability of subclinically depressed mood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 5 (1), 33-40.
- Wolman, B. B.(Ed.) (1976). *Técnicas psicanalíticas: Freudianos e neofreudianos*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Worchel, F. F., Hughes, J. N., Hall, B. M., Stanton S. B., Stanton, H., Little, V.Z. (1990). Evaluation of subclinical depression in children using self-, peer-, and teacher-report measures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18 (3), 271-282.
- Workman, M., & Beer, J. (1990). Relationship between alcohol dependency and suicide ideation among high school students. *Psychological Reports*, 66, 1363-1366.
- Workman, M., & Beer, J. (1992). Depression, suicide ideation, and aggression among high school students whose parents are divorced

- and use alcohol at home. *Psychological Reports*, 70, 503-511.
- Wright-Strawderman, C., & Watson, B. L. (1992). The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 25 (4), 258-264.
- Young, J. E., Beck, A. T., & Weinberger, A. (1993). Depression. In I. Brown (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: a step-by-step treatment manual*, (2nd ed.) (Cap. 6). New York: Guilford Press.
- Zahn-Waxler, C., Mayfield, M. S., Radke-Yarrow, M., McKnew, D., Cytryn, L. & Davenport, Y. B. (1988). A follow-up investigation of offspring of parents with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145 (4), 506-509.
- Zeitlin, H. (1990). Annotation: Current interests in child-adult psychopathological continuities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 671-679.
- Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

ANEXOS

Anexo nº 1

Instrumentos de avaliação utilizados no presente trabalho

EM-ESTAR INTER E INTER-PESSOAL DOS ALUNOS:
AÇÕES COM O SUCESSO E INSUCESSO ACADÊMICOS

IDSE

QUESTIONÁRIO A REALIZAR PELOS PROFESSORES

O questionário pretende avaliar aquilo que pensa sobre o/a aluno/a

_____, ano _____, turma _____. Este/a aluno/a foi escolhido ao acaso entre todos os alunos/as do Colégio para ser alvo desta avaliação. Esperamos que respondesse cuidadosamente a cada uma das questões, e que marcasse um círculo à volta do número que creia corresponder mais de perto às características ou comportamento actual ou habitual deste/a aluno/a. Por favor, tente usar todo o espectro possível de alternativas na sua resposta.

A informação assim recolhida, fruto da sua reflexão e ponderação face a cada questão colocada, ajudar-nos-á a conhecer a sua perspectiva sobre esta criança(ou adolescente), e portanto a conhecê-lo/a melhor. As suas respostas são fundamentais para dar sentido ao estudo que estamos a realizar.

As suas respostas têm quatro alternativas, da seguinte forma:

correspondendo a nada elevado

correspondendo a pouco elevado

correspondendo a razoavelmente elevado

correspondendo a bastante elevado

A sua resposta deverá escolher uma, e apenas uma, das alternativas.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Helena Aguiar Faria

42011
1. O rendimento acadêmico deste/a aluno/a é:

1	2	3	4
Nada	Pouco	Razoavelmente	bastante
elevado	elevado	elevado	elevado

2. A frequência com que este/a aluno/a verbaliza que os outros não
dale, que não presta para nada, ou que nada vale a pena é:

1	2	3	4
---	---	---	---

3. O tempo de atenção deste/a aluno/a face às tarefas escolares, é:

1	2	3	4
---	---	---	---

4. A aceitação de que este/a aluno/a parece ser alvo por parte da
ria dos seus próprios colegas é:

1	2	3	4
---	---	---	---

5. A competência deste aluno para memorizar é:

1	2	3	4
---	---	---	---

6. A frequência com que este aluno parece triste e desanimado é:

1	2	3	4
---	---	---	---

7. O nível de intervenção e realização de trabalhos escolares demo
trado por este aluno dentro da sala de aula é:

1	2	3	4
---	---	---	---

8. A frequência com que este aluno é violento e agressivo com adul
e colegas é:

1	2	3	4
---	---	---	---

3

frequência e qualidade com que este aluno realiza os trabalhos de
essa é:

1	2	3	4
Nada	Pouco	Razoavelmente	Sustante
elevada	elevada	elevada	elevada

O absentismo demonstrado por este aluno às aulas é:

1	2	3	4
---	---	---	---

O grau de timidez demonstrado por este aluno é:

1	2	3	4
---	---	---	---

O nível de interesse e motivação demonstrado por este aluno
relativamente às actividades escolares é:

1	2	3	4
---	---	---	---

A facilidade que este aluno tem em ler alto para a turma ou
fazer apresentações orais é:

1	2	3	4
---	---	---	---

A frequência de queixas somáticas deste aluno é:

1	2	3	4
---	---	---	---

O rendimento académico deste aluno em anos anteriores foi:

1	2	3	4
---	---	---	---

O grau de rejeição de que este aluno é alvo por parte dos colegas é:

1	2	3	4
---	---	---	---

17. O grau de variabilidade e inconstância do trabalho escolar do aluno ao longo do ano é:

1	2	3	4
Nada elevado	Pouco elevado	Razoavelmente elevado	Bastante elevado

18. A qualidade das estratégias demonstradas por este aluno na resolução de problemas académicos é:

1	2	3	4
---	---	---	---

19. A frequência com que este aluno chora é:

1	2	3	4
---	---	---	---

20. O nível de aceitação deste aluno face a tarefas que são inicialmente difíceis ou lhe colocam desafios é:

1	2	3	4
---	---	---	---

21. A frequência com que este aluno está apático e a olhar para

1	2	3	4
---	---	---	---

22. O grau de alegria e entusiasmo pelas coisas em geral demonstrado por este aluno é:

1	2	3	4
---	---	---	---

23. A capacidade deste aluno em estar quieto e calado no seu lugar

1	2	3	4
---	---	---	---

24. O grau de apoio familiar vivido por este aluno parece ser:

1	2	3	4
Nada elevado	Pouco elevado	Paroavelmente elevado	Bastante elevado

25. A competência deste aluno para liderar actividades académicas ou lúdicas é:

1	2	3	4
---	---	---	---

26. A frequência com que este aluno está só e isolado na escola, é:

1	2	3	4
---	---	---	---

27. A frequência com que este aluno se descontrola emocionalmente é:

1	2	3	4
---	---	---	---

28. A necessidade de chamada de atenção demonstrada por este aluno é:

1	2	3	4
---	---	---	---

29. A frequência com que este aluno realiza trabalhos autónomamente, sem a constante supervisão e apoio dos adultos é:

1	2	3	4
---	---	---	---

30. O grau de descontrolo e não aceitação com que este aluno reage aos insucessos e às críticas é:

1	2	3	4
---	---	---	---

31. A quantidade de amigos que este aluno tem na escola, é:

1	2	3	4
---	---	---	---

Se desejar mencionar algumas observações ou indicações complementares relativas a este/a aluno/a, poderá utilizar o espaço que se segue

-Há quanto tempo é professor/a deste criança(adolescente)?

-Prevê que este/a aluno/a vá passar de ano lectivo?

Sim -----

Não -----

-Porquê?

Nome do/a Professor/a:

Ano e disciplina que lecciona

Colégio -----

Data -----



CDI

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA
DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

NOME _____

SEXO _____

DATA DE NASCIMENTO _____

ESCOLA _____

ANO DE ESCOLARIDADE _____

DATA DA APLICAÇÃO _____

AS CRIANÇAS E OS ADOLESCENTES ÀS VEZES PENSAM E SENTEM DE MANEIRA DIFERENTE UNS DOS OUTROS.

ESTE QUESTIONÁRIO APRESENTA VÁRIAS IDEIAS E SENTIMENTOS ARRUMADOS EM GRUPOS. DE CADA GRUPO, ESCOLHE UMA FRASE QUE MELHOR MOSTRE AQUILO QUE TENS PENSADO E SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS. SÓ DEPOIS DE TERES ESCOLHIDO UMA FRASE DE UM GRUPO É QUE AVANÇAS PARA O GRUPO SEGUINTE.

NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS NEM ERRADAS; ESCOLHE APENAS A FRASE QUE MELHOR DESCREVE A TUA FORMA DE SENTIR E DE PENSAR, NOS ÚLTIMOS TEMPOS. FAZ UMA CRUZ (X) NO QUADRADO QUE CORRESPONDE À FRASE QUE ESCOLHESTE.

TENS EM BAIXO UM EXEMPLO PARA APRENDER A PREENCHER O QUESTIONÁRIO; COLOCA A CRUZ NA FRASE QUE MELHOR TE DESCREVE.

EXEMPLO:

- ☐ ESTOU SEMPRE A LER LIVROS
- ☐ LEIO LIVROS MUITAS VEZES
- ☐ LEIO LIVROS DE VEZ EM QUANDO
- ☐ NUNCA LEIO LIVROS

LEMBRA-TE QUE DEVES ESCOLHER AS FRASES QUE MELHOR MOSTRAM OS TEUS SENTIMENTOS DAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

1. ☐ NUNCA ME SINTO TRISTE
☐ AS VEZES SINTO-ME TRISTE
☐ SINTO-ME QUASE SEMPRE TRISTE
☐ SINTO-ME SEMPRE TRISTE

2. ☐ NUNCA NADA ME VAI CORRER BEM
☐ SO ALGUMAS COISAS ME VÃO CORRER BEM
☐ MUITAS COISAS ME VÃO CORRER BEM
☐ AS COISAS VÃO-ME SEMPRE CORRER BEM

3. ☐ FAÇO QUASE TUDO BEM
☐ FAÇO ALGUMAS COISAS BEM
☐ FAÇO MUITAS COISAS MAL
☐ FAÇO TUDO MAL

4. ☐ TUDO ME DÁ ALEGRIA
☐ HÁ MUITAS COISAS QUE ME ALEGREM
☐ TENHO POUCAS COISAS QUE ME ALEGREM
☐ NADA ME DÁ ALEGRIA

5. ☐ SOU QUASE SEMPRE MAU
☐ SOU MAU MUITAS VEZES
☐ SOU MAU DE VEZ EM QUANDO
☐ NUNCA SOU MAU

6. ☐ NUNCA PENSO NAS COISAS MÁS QUE ME PODEM ACONTECER
☐ DE VEZ EM QUANDO PENSO NALGUMA COISA MÁ QUE ME POSSA ACONTECER
☐ PREOCUPO-ME MUITO COM AS COISA MÁS QUE ME VÃO ACONTECER
☐ ESTOU SEMPRE A PENSAR QUE ME VÃO ACONTECER COISAS TERRÍVEIS
7. ☐ DETESTO - ME
☐ HÁ MUITAS COISAS EM MIM DE QUE NÃO GOSTO
☐ HÁ SÓ ALGUMAS COISAS EM MIM DE QUE EU NÃO GOSTO
☐ GOSTO MUITO DE MIM
8. ☐ TODAS AS COISAS MÁS SÃO CULPA MINHA
☐ MUITAS COISAS MÁS ACONTECEM POR MINHA CULPA
☐ ALGUMAS COISAS MÁS ACONTECEM POR MINHA CULPA
☐ AS COISAS MÁS QUE ACONTECEM SÃO CULPA MINHA
9. ☐ NÃO PENSO EM MATAR-ME
☐ PENSO ÀS VEZES EM MATAR-ME MAS NUNCA O FAREI
☐ PENSO MUITO EM MATAR-ME E SEI QUE SOU CAPAZ DE O FAZER
☐ QUERO MATAR-ME
10. ☐ TODOS OS DIAS TENHO VONTADE DE CHORAR
☐ MUITAS VEZES TENHO VONTADE DE CHORAR
☐ SÓ DE VEZ EM QUANDO É QUE TENHO VONTADE DE CHORAR
☐ NUNCA TENHO VONTADE DE CHORAR
11. ☐ TUDO ME ABORRECE IMÊNTO
☐ ABORREÇO-ME COM MUITAS COISAS
☐ ALGUMAS COISAS ABORRECEM-ME
☐ NADA ME ABORRECE

12. ☐ GOSTO DE ESTAR COM PESSOAS
☐ DE VEZ EM QUANDO NÃO GOSTO DE ESTAR COM PESSOAS
☐ QUASE NUNCA QUERO ESTAR COM PESSOAS
☐ NUNCA QUERO ESTAR COM PESSOAS
13. ☐ NUNCA CONSIGO TOMAR DECISÕES
☐ MUITAS VEZES NÃO CONSIGO TOMAR DECISÕES
☐ DE VEZ EM QUANDO É-ME DIFÍCIL TOMAR DECISÕES
☐ TOMO DECISÕES FACILMENTE
14. ☐ GOSTO DO MEU ASPECTO
☐ HÁ ALGUMAS COISAS NO MEU ASPECTO DE QUE NÃO GOSTO MUITO
☐ HÁ MUITAS COISAS NO MEU ASPECTO DE QUE NÃO GOSTO NADA
☐ SOU FEIO E TENHO MAU ASPECTO
15. ☐ TENHO SEMPRE QUE ME ESFORÇAR MUITO PARA FAZER OS TRABALHOS DA E
☐ MUITAS VEZES TENHO DE ME ESFORÇAR PARA FAZER OS TRABALHOS DA ES
☐ FAZER OS TRABALHOS DA ESCOLA NÃO ME CUSTA MUITO
☐ CONSIGO FAZER FACILMENTE OS TRABALHOS DA ESCOLA
16. ☐ TODAS AS NOITES ME CUSTA MUITO A DORMIR
☐ MUITAS NOITES TENHO DIFICULDADE EM DORMIR
☐ DE VEZ EM QUANDO NÃO DURMO BEM
☐ DURMO SEMPRE MUITO BEM
17. ☐ NUNCA ME SINTO CANSADO
☐ DE VEZ EM QUANDO SINTO-ME CANSADO
☐ SINTO-ME CANSADO MUITAS VEZES
☐ SINTO-ME SEMPRE CANSADO

18. ☐ NUNCA ME APETECE COMER
☐ MUITAS VEZES TENHO DIFICULDADE EM COMER
☐ DE VEZ EM QUANDO NÃO ME APETECE COMER
☐ COMO MUITO BEM
19. ☐ NÃO ME PREOCUPO COM A MINHA SAÚDE
☐ POR VEZES PREOCUPO-ME UM POUCO COM A MINHA SAÚDE
☐ PREOCUPO-ME MUITO COM A MINHA SAÚDE
☐ ANDO SEMPRE TERRIVELMENTE PREOCUPADO COM A MINHA SAÚDE
20. ☐ NÃO ME SINTO SÓ
☐ DE VEZ EM QUANDO SINTO-ME SÓ
☐ SINTO-ME QUASE SEMPRE MUITO SÓ
☐ SINTO-ME SEMPRE MUITO SÓ
21. ☐ NUNCA ME DIVIRTO NA ESCOLA
☐ DE VEZ EM QUANDO DIVIRTO-ME NA ESCOLA
☐ DIVIRTO-ME MUITAS VEZES NA ESCOLA
☐ DIVIRTO-ME SEMPRE MUITO NA ESCOLA
22. ☐ TENHO IMENSOS AMIGOS
☐ TENHO ALGUNS AMIGOS MAS GOSTAVA DE TER MAIS
☐ TENHO POUCOS AMIGOS E NÃO PRECISO TER MAIS
☐ NÃO TENHO AMIGOS NENHUNS
23. ☐ AS MINHAS NOTAS SÃO BOAS
☐ AS MINHAS NOTAS JÁ FORAM MELHORES
☐ ESTOU COM NOTAS FRACAS
☐ TENHO NOTAS MUITO MÁS

24. ☐ NUNCA VOU CONSEGUIR SER TÃO BOM COMO OS OUTROS
☐ SÓ NALGUMAS COISAS É QUE CONSIGO SER TÃO BOM COMO OS OUTROS
☐ CONSIGO SER TÃO BOM COMO OS OUTROS EM MUITAS COISAS
☐ CONSIGO SER TÃO BOM COMO OS OUTROS EM TUDO
25. ☐ TENHO A CERTEZA QUE NINGUÉM GOSTA DE MIM
☐ TENHO A CERTEZA QUE A MAIORIA DAS PESSOAS NÃO GOSTA DE MIM
☐ TENHO A CERTEZA QUE SÓ ALGUMAS PESSOAS NÃO GOSTAM DE MIM
☐ TENHO A CERTEZA QUE TODOS GOSTAM DE MIM
26. ☐ FAÇO SEMPRE O QUE ME DIZEM
☐ GERALMENTE FAÇO O QUE ME DIZEM
☐ NA MAIORIA DAS VEZES NÃO FAÇO O QUE ME DIZEM
☐ NUNCA FAÇO O QUE ME DIZEM
27. ☐ DOU-ME BEM COM OS OUTROS
☐ QUASE NUNCA ANDO EM BRIGAS
☐ ANDO MUITAS VEZES EM BRIGAS
☐ ANDO SEMPRE EM BRIGAS



PNID

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

RAMO C

NOME -----

SEXO -----

DATA DE NASCIMENTO -----

ESCOLA -----

ANO DE ESCOLARIDADE -----

DATA DA APLICAÇÃO -----

VAIS COMEÇAR O "JOGO DOS NOMES". NAS FOLHAS QUE SE SEGUEM VAIS LER
VARIAS PERGUNTAS, SEGUIDAS DE DUAS LINHAS. AS RESPOSTAS QUE DARES
DEVEM SER SEMPRE NOMES. NÃO HA RESPOSTAS CERTAS NEM ERRADAS. PARA CADA
PERGUNTA DEVES LER A LISTA DE NOMES QUE TENS AO TEU LADO E ESCRIVER
DEBAIXO DA PERGUNTA TODOS OS NOMES QUE ACHES QUE RESPONDEM A PERGUNTA.

a) COMO TE CHAMAS ?

b) QUEM É QUE TEM UM NOME QUE COMEÇA PELA LETRA M ?

c) QUEM É QUE TEM UM NOME QUE COMEÇA PELA LETRA A ?

d) QUEM É QUE ANDA NO 12º ANO ?

AS FOLHAS QUE SE SEGUEM TEM PERGUNTAS SEMELHANTES A ESTAS. DEVES RESPONDER
DA MESMA FORMA E ESPERAR QUE CADA PERGUNTA SEJA LIDA ALTO ANTES DE DARES
A TUA RESPOSTA.



UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

RAMO C

1. QUEM COSTUMA BRINCAR SOZINHO ?

2. QUEM É QUE DESISTE FACILMENTE QUANDO PERDE OU NÃO CONSEGUE F
BEM ALGUMA COISA ?

3. QUEM É QUE AS VEZES ADORMECE DURANTE AS AULAS ?

4. QUEM COSTUMA PARECER SÓ E SEM AMIGOS ?

5. QUEM COSTUMA DIZER QUE NÃO SE SENTE BEM ?

6. QUEM DIZ QUE NÃO CONSEGUE FAZER AS COISAS ?

7. QUEM COSTUMA CHORAR ?



UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

RAMO C

8. QUEM COSTUMA PARECER FELIZ ?

9. QUEM GOSTA DE PARTICIPAR EM MUITAS COISAS ?

10. QUEM SE PREOCUPA MUITO COM TUDO ?

11. QUEM É QUE NÃO BRINCA ?

12. QUEM SORRI MUITAS VEZES ?

13. QUEM NÃO COSTUMA PARTICIPAR NAS COISAS ?

14. QUEM NÃO SE DIVERTE MUITO ?

15. QUEM COSTUMA PARECER CONTENTE ?



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

RAMO C

16. QUEM PENSA QUE OS OUTROS NÃO GOSTAM DELE ?

17. QUEM COSTUMA PARECER TRISTE ?

18. QUEM É QUE GOSTAVAS DE TER SENTADO AO TEU LADO NA AULA ?

19. QUEM GOSTARIAS DE TER COMO TEUS MELHORES AMIGOS ?



SCDI

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Rua Pinheiro Chagas, 17 - 1.º
1000 LISBOA - PORTUGAL

RAMO C

NOME _____

SEXO _____

DATA DE NASCIMENTO _____

ESCOLA _____

ANO DE ESCOLARIDADE _____

DATA DA APLICAÇÃO _____

LE COM ATENÇÃO AS PERGUNTAS QUE SE SEGUEM, E DAS QUATRO HIPÓTESES DE RESPOSTA QUE CADA UMA TEM ESCOLHE AQUELA QUE MAIS SE PARECE COM O QUE TU SENTES OU PENSAS DE TI. MARCA CRUZ NO QUADRADO RELATIVO A ESSA RESPOSTA. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS NEM ERRADAS E NÃO ESQUEÇAS DE ESCOLHER UMA E APENAS UMA DAS RESPOSTAS.

1.

- ☐ Durmo tão bem como dantes e adormeço com muita facilidade
- ☐ Não durmo tão bem como dormia dantes
- ☐ Às vezes custa-me a adormecer e acordo de noite
- ☐ Desde há uns tempos que todas as noites me custa muito a adormecer, acordo durante a noite e tenho sonhos desagradáveis

- ☐ Tenho tanto apetite como tinha dantes e até como bem
- ☐ Agora tenho menos apetite que dantes
- ☐ Agora quase não tenho apetite
- ☐ Nos últimos tempos não tenho apetite nenhum

- ☐ Não me irrita nem me zanga mais do que dantes
- ☐ Irrito-me e zango-me mais do que dantes
- ☐ Nos últimos tempos ando sempre a irritar-me
- ☐ Agora já nem me irrita com as coisas que dantes me irritavam

4.

- ☐ Gosto de estar com as outras pessoas tanto como gostava antes
- ☐ Antes apetecia-me mais estar com as outras pessoas
- ☐ Agora quase não me apetece estar com as outras pessoas
- ☐ Agora nunca sinto vontade de estar com as outras pessoas

5.

- ☐ Acho que sou tão bom como os meus colegas e amigos
- ☐ Acho que não sou tão bom como os meus colegas e amigos
- ☐ Acho que a maioria das coisas que faço são mal feitas e que os meus colegas e amigos são melhores que eu
- ☐ Acho que faço tudo mal e que sou pior que todas as pessoas

6.

- ☐ Não me sinto mais cansado do que antes
- ☐ Agora canso-me mais do que antes
- ☐ Nestes últimos tempos canso-me muitas vezes e com mais facilidade
- ☐ Sinto-me tão cansado que não consigo fazer nada

7.

- ☐ Consigo estudar tão bem como antes e não me custa nada fazer os trabalhos
- ☐ Tenho que fazer um bocadinho de esforço para fazer os trabalhos da escola
- ☐ Tenho que fazer um esforço muito grande para fazer os trabalhos da escola, não os faço
- ☐ Não consigo fazer os trabalhos da escola, não sou capaz de trabalhar

8.

- ☐ Não me sinto triste
- ☐ Sinto-me triste
- ☐ Estou quase sempre triste
- ☐ Sinto-me tão triste e infeliz que não consigo aguentar

9.

- ☐ Tenho amigos, tantos como tinha antes
- ☐ Tenho menos amigos do que tinha antes
- ☐ Tenho muito poucos amigos mas não queria ter mais
- ☐ Não tenho amigos nenhuns e queria muito ter

0.

- ☐ As vezes choro um bocadinho, mas não mais do que o normal
- ☐ Agora choro mais do que dantes
- ☐ Agora todos os dias me apetece imenso chorar
- ☐ Agora ando sempre a chorar, parece que não consigo parar

1.

- ☐ Acho que as pessoas gostam de mim tanto como gostavam dantes
- ☐ Acho que as pessoas ultimamente gostam menos de mim
- ☐ Acho que a maioria das pessoas não gosta de mim
- ☐ Acho que ninguém gosta realmente de mim

2.

- ☐ Divirto-me tanto com as coisas como dantes
- ☐ Não me divirto tanto como dantes
- ☐ Não há nada que me faça mesmo sentir bem e divertir de verdade
- ☐ Tudo o que faço e me acontece me aborrece e chateia muito
- ☐ Não me acho uma pessoa só, nem me sinto mais sozinho do que dantes
- ☐ Sinto-me mais sozinho do que dantes
- ☐ Sinto-me quase sempre sozinho
- ☐ Sinto-me sempre muito sozinho

- ☐ Acho que o futuro vai ser sempre bom para mim e que as coisas vão ser sempre boas
- ☐ Acho que as coisas nem sempre vão ser lá muito boas para mim e que o futuro nem sempre vai ser muito bom
- ☐ Acho que nada de bom me vai acontecer no futuro
- ☐ Tenho a certeza que o meu futuro vai ser horrível e que as coisas vão ser todas más

- ☐ Geralmente faço aquilo que me pedem ou me mandam, e faço tanto como dantes
- ☐ Agora faço menos vezes as coisas que me pedem ou me mandam
- ☐ Quase nunca faço o que me pedem ou mandam
- ☐ Nunca faço o que me pedem ou mandam

- ☐ Acho que tenho tão bom aspecto como dantes
- ☐ Acho que estou com pior aspecto que dantes
- ☐ Acho que estou mais feio e que nunca mais vou ter o bom aspecto que tinha
- ☐ Acho-me muito feio e com um aspecto horrível

17.

- ☐ Gosto tanto de mim como gostava dantes
- ☐ Agora gosto menos de mim do que gostava
- ☐ Cada vez acho mais que não há razões para gostar de mim
- ☐ Detesto-me

18.

- ☐ Não me preocupo com a minha saúde mais do que dantes
- ☐ Ando preocupado com a minha saúde porque ando mal-disposto e tenho dores de barriga e de cabeça
- ☐ Estou tão preocupado com a minha saúde que ando quase sempre a pensar n'isso
- ☐ Estou tão esgotado com a minha saúde que não consigo pensar em mais nada

19.

- ☐ Acho que não tenho culpa das coisas más que me acontecem
- ☐ Só às vezes é que acho que as coisas más que me acontecem são culpa minha
- ☐ Quase sempre acho que as coisas más que me acontecem são culpa minha
- ☐ Acho que sou culpado de todas as coisas más que me acontecem

OBRIGADO PELAS TUAS RESPOSTAS. ELAS VÃO-NOS AJUDAR A CONHECER MELHOR OS PROBLEMAS DOS ALUNOS DESTA ESCOLA E A AJUDAR AQUELES QUE PRECISAREM. ATÉ BREVE.



ISFE

UNIVERSIDADE DE LISBOA

ACULDADE DE PSICOLOGIA
DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

RAMO C

NOME _____

SEXO _____

DATA DE NASCIMENTO _____

ANO DE ESCOLARIDADE _____

DATA DE APLICAÇÃO _____

1. TENS IRMÃOS?

SIM ☐

NÃO ☐

SE SIM, QUANTOS? _____ QUE IDADES TÊM? _____

SÃO RAPAZES OU RAPARIGAS? _____

2. COM QUEM VIVES? _____

3. É O PRIMEIRO ANO QUE ESTÁS NESTE COLEGIO?

SIM ☐

NÃO ☐

SE SIM, EM QUE ESCOLAS ANDASTE ANTES? _____

4. JÁ CHUMBASTE ALGUM ANO?

SIM ☐

NÃO ☐

SE SIM, QUAL? _____

PORQUE É QUE ACHAS QUE CHUMBASTE? _____



DSRS

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

RAMO C

NOME -----

SEXO -----

DATA DE NASCIMENTO -----

ESCOLA -----

ANO DE ESCOLARIDADE -----

DATA DE APLICAÇÃO -----

VAIS LER VÁRIAS FRASES QUE DESCREVEM MANEIRAS DE PENSAR E DE SENTIR, SEGUIDAS DE TRÊS CLASSIFICAÇÕES (Quase sempre, Às vezes e Nunca). DEPOIS DE LERES CADA UMA COM MUITA ATENÇÃO DEVES ESCOLHER QUAL DAS TRÊS SE APLICA MAIS AO TEU CASO E COLOCAR UMA CRUZ NO QUADRADO CORRESPONDENTE. NÃO HA RESPOSTAS CERTAS NEM ER-
RADAS, POR ISSO DEVES FAZER A CRUZ NO QUADRADO QUE FÔR MAIS PARE-
CIDO COM AQUILO QUE PENSAS DE TI.

a) GOSTO DE ESTUDAR

☐ QUASE SEMPRE

☐ ÀS VEZES

☐ NUNCA

b) DOU-ME BEM COM OS MEUS AMIGOS

☐ QUASE SEMPRE

☐ ÀS VEZES

☐ NUNCA

NAS FOLHAS QUE SE SEQUEM HA MAIS PERGUNTAS COMO ESTAS; DEVES RESPONDER DA MESMA
FORMA E ESPERAR QUE CADA PERGUNTA SEJA LIDA ALTO ANTES DE DARES A TUA RESPOSTA.



UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA
DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

RAMO C

1. DURMO MUITO BEM

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

2. QUANDO OLHO A MINHA VOLTA ACHO QUE O MUNDO TEM MAIS COISAS DESAGRADÁVEIS
DO QUE AGRADÁVEIS

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

3. SINTO VONTADE DE CHORAR

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

4. IMAGINO O QUE ME VAI ACONTECER COM TANTO PRAZER COMO ANTIGAMENTE

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

RAMO C

5. SINTO VONTADE DE FUGIR

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

6. TENHO DORES DE ESTOMAGO

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

7. TENHO MUITA ENERGIA

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

8. SEI QUE O MEU FUTURO VAI SER BOM

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

9. COMO COM PRAZER

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

10. PENSO QUE A VIDA NÃO VALE A PENA

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA



UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

RAMO C

11. CONSIGO RESOLVER SOZINHO OS MEUS PROBLEMAS

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

12. AS COISAS QUE FAÇO DÃO-ME TANTO PRAZER COMO ANTIGAMENTE

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

13. GOSTO DE CONVERSAR COM A MINHA FAMÍLIA

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

14. TENHO SONHOS HORRÍVEIS

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

15. SINTO-ME MUITO SOZINHO

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

16. QUANDO ESTOU "EM BAIXO" CONSIGO FACILMENTE ANIMAR-ME E FICAR SATISFEITO

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

RAMO C

17. SINTO-ME TÃO TRISTE QUE ACHO QUE NÃO VOU AGUENTAR

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

18. SOU BOM NAQUILO QUE FAÇO

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

19. SINTO-ME MUITO ABORRECIDO

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

20. GOSTO DE ME DIVERTIR

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

21. ACHO QUE NÃO VALE A PENA TENTAR OBTER QUALQUER COISA QUE QUERO
PORQUE PROVAVELMENTE NÃO VOU CONSEGUIR

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

22. ESTOU SEMPRE "NA LUA" E NÃO ME CONSIGO CONCENTRAR

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA



UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA
DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

RAMO C

23. FICO ABORRECIDO E ZANGADO COM MUITA FACILIDADE

☐ QUASE SEMPRE

☐ AS VEZES

☐ NUNCA

Anexo nº 2
Quadros de Resultados

Anexo nº 2
Quadros de Resultados

QUADRO 1: MÉDIAS DOS VALORES DO SCDI/CDI JUNTO DOS 4 GRUPOS DE DEPRESSÃO DO ESTUDO LONGITUDINAL

		APLICAÇÃO					N
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	
GRUPOS	1	11.57	10.46	18.34	22.20	21.23	99
	2	10.26	7.10	21.17	20.95	24.52	94
	3	8.07	6.01	19.53	21.25	23.45	103
	4	---	12.94	23.40	24.62	24.81	37

N Total= 337

Nota: Por razões práticas de aplicação, o GRUPO 4 não foi observado na 1ª aplicação com o CDI

QUADRO Nº 2: MÉDIA NO SCDI/CDI DOS QUATRO SUJEITOS QUE REPROVARAM DURANTE O ESTUDO LONGITUDINAL

APLICAÇÕES	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
MÉDIAS	15.16	19.54	31.00	28.75	30.50

QUADRO N°3: MÉDIAS DOS VALORES DO DSRS JUNTO DOS 4 GRUPOS DE DEPRESSÃO DO ESTUDO LONGITUDINAL

		APLICAÇÃO					
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	N
GRUPOS	1	30.64	29.50	28.70	30.50	29.86	100
	2	31.03	29.65	29.31	29.65	30.57	91
	3	29.56	28.85	27.98	29.14	30.27	101
	4	31.19	31.44	31.19	31.77	31.80	36
							N Total = 328

QUADRO N° 4: MÉDIA NO DSRS DOS QUATRO SUJEITOS QUE REPROVARAM DURANTE O ESTUDO LONGITUDINAL

APLICAÇÕES	1º	2º	3º	4º	5º
MÉDIAS	34.25	37.25	39.00	32.25	34.25

QUADRO Nº 5: MÉDIAS DOS VALORES DO PNID JUNTO DOS 4 GRUPOS DE DEPRESSÃO DO ESTUDO LONGITUDINAL

APLICAÇÃO		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	N
<hr/>							
GRUPOS	1	.631	.490	.505	.493	.458	66
	2	.691	.359	.432	.464	.753	56
	3	.344	.362	.421	.563	.723	104
	4	.427	.512	.409	.702	1.10	21

N Total=247

QUADRO Nº 6: MÉDIAS CONJUNTAS DOS VALORES DO DSRS E DO SDCI/CDI JUNTO DOS 4 GRUPOS DE DEPRESSÃO DO ESTUDO LONGITUDINAL

APLICAÇÃO		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	N
<hr/>							
GRUPOS	1	25.37	20.00	23.60	26.46	25.54	101
	2	25.38	18.14	25.24	25.32	27.63	94
	3	23.32	17.39	23.75	25.32	26.84	103
	4	31.30*	22.02	27.00	28.18	28.46	39

Nota: *Este valor corresponde apenas ao DSRS já que, como vimos no quadro 1, por razões de tipo metodológico, na 1ª aplicação não houve observação do grupo 4 com o SDCI.

QUADRO Nº 7: MÉDIA CONJUNTA DO DSRS E DO SCDI/CDI RELATIVA AOS QUATRO SUJEITOS QUE REPROVARAM DURANTE O ESTUDO LONGITUDINAL

APLICAÇÕES	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
MÉDIAS	26.68	28.39	35.00	30.50	32.37

